مكتبة

تشريح الاكتئاب

أندرو سولومون

شيطانُ الظَّهيرَة

THE NOONDAY DEMON

تجارب لمرضى الاكتئاب.. مؤثرة وملهمة

ترجمة: عمر فتحي

عصير الكتب

شَيطانُ الظَّهيرَة

THE NOONDAY DEMON





إدارة التوزيع

00201150636428

لمراسلة الدار:

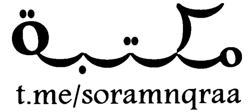
email:P.bookjuice@yahoo.com

Web-site: www.aseeralkotb.com

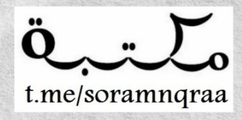
- العنوان الأصلي: The Noonday Demon
- العنوان العربي: شيطان الظهيرة

- الطبعة الأولى: يناير/2024م

- ترجمة: عمر فتحي
- تدقيق لغوي: نهال جمال
- تنسيق داخلي: معتز حسنين علي
- رقم الإيداع: 2284/2024م
- الترقيم الدولي: 978-977-992-384-0



27 11 2024



تشريح الاكتئاب

أندرو سولومون

شيطانُ الظَّهيرَة

THE NOONDAY DEMON

تجارب لمرضى الاكتئاب.. مؤثرة وملهمة

ترجمة: عمر فتحي



مكتبة
t.me/soramnqraa

المحتويات

إلى والدي..

الذي لم يهبني الحياة مرة واحدة فحسب بل مرتين

كل شيء يزول.. المعاناة، الألم، الدماء، الجوع، الوباء.

حتى السيوف والأسلحة ستزول أيضًا، لكن النجوم ستبقى

عندما يختفي أي أثر لوجودنا أو أعمالنا من الأرض.

لا يوجد أحد لا يعرف ذلك. لماذا إذن لا نوجِّه

أعيننا نحو النجوم؟ لماذا؟

- *ميخائيل بولجاكوف، الحرس الأبيض*

ملاحظة عن المنهج

لقد كانت السنوات الخمس الماضية من حياتي مُكرَّسة لكتابة هذا الكتاب، ويصعب عليَّ أحيانًا تتبع أفكاري الخاصة إلى مصادرها المختلفة. لقد حاولتُ أن أوثِّق كل شيء في الهوامش في الجزء الخلفي من الكتاب، وألا أشغل القرَّاء بسلسلة من الأسماء غير المألوفة والمصطلحات الفنية في النص الرئيسي. طلبتُ من كل الذين شاركوا معي بقصصهم السماح لي باستخدام أسمائهم الحقيقية، لأن الأسماء الحقيقية تمنح مصداقية للقصص الحقيقية. ففي الكتاب الذي يكون من أهدافه إزالة عبء وصمة العار عن المرض النفسي، من المهم عدم الخضوع لهذه الوصمة بإخفاء هويات الأشخاص المكتئبين. ومع ذلك، فقد ضمَّنت قصص سبعة أشخاص رغبوا في الظهور بأسماء مستعارة وأقنعوني بأن لديهم سببًا مهمًّا للقيام بذلك، وهم يظهرون في هذا النص تحت أسماء شيلا هيرنانديز، وفرانك روساكوف، وبيل شتاين، ودانكويل ستيتسون، ولولي واشنطن، وكلوديا ويفر، وفريد ويلسون. لا أحد منهم بشخصية مُركبة من عدة شخصيات، وقد حاولت جاهدًا ألا أغير أية تفاصيل. يستخدم أعضاء منظمة مجموعات دعم اضطرابات المزاج (MDSG) الأسماء الأولى فقط، وقد غُيِّرت هذه الأسماء تماشيًا مع الطبيعة الخاصة للاجتماعات، أما جميع الأسماء الأخرى فهي حقيقية.

لقد سمحتُ للرجال والنساء الذين تُشكِّل معاركهم الموضوع الأساسي لهذا الكتاب أن يرووا قصصهم الخاصة. وقد بذلتُ قصارى جهدي للحصول على قصصٍ متماسكة ومتَّسقة منهم، لكنني لم أتحقق عمومًا من صحة رواياتهم عن أنفسهم، ولم أصر على أن تكون كل الروايات الشخصية ذات تسلسلٍ زمني صارم.

كثيرًا ما أُسأل كيف وجدت هؤلاء الأشخاص الذين شاركوا معي. ساعدني عددٌ من المعالجين، كما هو مذكور في فقرات الشكر والتقدير، على الوصول إلى مرضاهم. كما أنني قابلتُ عددًا هائلًا من الأشخاص في حياتي العادية الذين تطوعوا، عند معرفة الموضوع الذي أكتب عنه، بتاريخهم الغزير، الذي كان بعضه رائعًا للغاية وأصبح في النهاية مادة لهذا الكتاب. كما نشرتُ مقالًا عن الاكتئاب في مجلة نيويوركر عام 1998 وتلقيتُ أكثر من ألف رسالة في

الأشهر التي أعقبت النشر مباشرة.[1] قال جراهام غرين ذات مرة: «أتساءل أحيانًا كيف يمكن لجميع أولئك الذين لا يكتبون أو يؤلِّفون أو يرسمون أن يهربوا من الجنون والكآبة والخوف المتأصلين في الوضع الإنساني».[2] أعتقد أنه قلَّل إلى حد كبير من عدد الأشخاص الذين يكتبون بطريقة أو بأخرى للتخفيف من الكآبة والخوف والذعر. وردًّا على طوفانٍ من الرسائل الإلكترونية التي أتتني، سألت بعض الأشخاص الذين كانت مراسلاتهم مؤثرة بالنسبة لي بشكل خاص عمَّا إذا كانوا مهتمين بإجراء مقابلات لهذا الكتاب. بالإضافة إلى ذلك، تحدثتُ إلى كثيرين وحضرتُ العديد من المؤتمرات حيث قابلتُ العديد ممَّن يخضعون للرعاية النفسية.

لم أكتب قط عن أي موضوع كان هناك كل هذا القدر من الناس الذين لديهم ما يقولونه عنه، ولا عن أي موضوع اختار كل هذا القدر من الناس أن يتحدثوا لي بشأنه. من السهل جدًّا تجميع مواد حول الاكتئاب. شعرتُ في النهاية أن ما ينقص مجال دراسات الاكتئاب هو التوليف. لقد تناولت العلوم والفلسفة والقانون وعلم النفس والأدب والفن والتاريخ والعديد من التخصصات الأخرى سبب الاكتئاب بشكلٍ مستقل. وهناك أشياء عديدة مثيرة للاهتمام تُقال وتُنشر، لكن هناك فوضى في هذا المجال. لذا فالهدف الأول لهذا الكتاب هو التعاطف؛ والثاني، الذي كان تحقيقه أكثر صعوبة بالنسبة لي، هو النظام؛ نظام يعتمد قدر الإمكان على الواقع التجريبي الملموس، وليس على التعميمات المُستَخرجة من الحكايات العشوائية.

يجب أن أؤكد أنني لست طبيبًا أو عالمًا نفسيًّا أو حتى فيلسوفًا. هذا كتابٌ شخصيٌّ للغاية ولا ينبغي اعتباره أكثر من ذلك. وعلى الرغم من أنني قدمتُ شروحات وتفسيرات لأفكار معقدة، فإن هذا الكتاب لا يهدف إلى أن يكون بديلًا عن العلاج المناسب.

من أجل سهولة القراءة، لم أستخدم علامات الحذف أو الأقواس في الاقتباسات المأخوذة من المصادر المنطوقة أو المكتوبة حيثما شعرت أن الكلمات المحذوفة أو المُضافة لم تُغير المعنى بشكل جوهري، ويمكن لمن يرغب في الاطلاع على المصادر أن يعثر عليها في نهاية هذا الكتاب. أما الاقتباسات التي لم أُقدِّم مصادر لها فهي مأخوذة من مقابلات شخصية، أُجري معظمها بين عامَي 1995 و2001.

لقد استخدمتُ الإحصائيات التي جاءت من دراسات معترف بها وكذلك الإحصائيات التي تكررت على نطاق واسع أو استُشهِد بها بشكل متكرر. والنتيجة التي توصلت إليها، بشكل عام، هي أن الإحصائيات في هذا المجال غير متسقة وأن العديد من المؤلفين يلجؤون للإحصائيات لتكوين بيانات جذَّابة تدعم النظريات الموجودة سابقًا. لقد وجدتُ دراسة رئيسية، على سبيل المثال، أظهرتْ أن الأشخاص المكتئبين الذين يتعاطون المخدرات غالبًا ما يختارون المواد المُنشطة؛ ودراسة أخرى مُقنعة بالقدر نفسه توضح أنهم يتعاطون دائمًا المواد الأفيونية. يستمد العديد من المؤلفين هالة مقيتة من الحصانة من الإحصائيات، كما لو أن إثبات حدوث شيء ما بنسبة 82.37% هو أكثر وضوحًا وصدقًا من إثبات حدوث شيء ما نحو ثلاث مرات

من أصل أربع. من واقع تجربتي، فإن الأرقام الدقيقة هي التي تكذب، إذ لا يمكن تحديد الأمور التي تصفها بشكلٍ واضح. إن العبارة الأكثر دقة التي يمكن تقديمها حول معدل الإصابة بالاكتئاب هي أنه يحدث كثيرًا ويؤثر بشكلٍ مباشر أو غير مباشر على حياة الجميع.

من الصعب عليَّ أن أكتب دون تحيز عن شركات الأدوية لأن والدي عمل في مجال الأدوية معظم حياتي. ونتيجة لذلك التقيتُ العديد من الأشخاص في هذه الصناعة. من المألوف في الوقت الراهن انتقاد صناعة الأدوية باعتبارها صناعة تستغل المرضى. وفق تجربتي، فإن العاملين في هذه الصناعة هم رأسماليون وأخلاقيون على حدٍّ سواء، أي أنهم أشخاصٌ حريصون على الربح ولكنهم أيضًا متفائلون بأن عملهم قد يفيد العالم، وأنهم قد يُتيحون اكتشافاتٍ مهمة من شأنها أن تساعد في علاج أمراض معينة. فنحن ما كنا لنحصل على مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRIs)، وهي مضادات الاكتئاب التي أنقذت العديد من الأرواح، لولا الشركات التي رعت البحوث التي نتجت عنها تلك الأدوية. لقد بذلتُ قصارى جهدي للكتابة بوضوح عن الصناعات الدوائية بقدر تعلقها بموضوع هذا الكتاب. لقد وسَّع والدي، بعد تجربته مع اكتئابي، نطاق شركته في مجال مضادات الاكتئاب. وتُعدُّ شركته، شركة فوريست لابوراتوريز Forest Laboratories، الموزع الأمريكي لدواء سليكسا.[3] ولتجنُّب أي تضارب صريح في المصالح، لم أذكر المنتج إلا عندما يكون حذفه مضللًا أو غير منطقي.

لقد سُئِلت كثيرًا، وأنا أكتب هذا الكتاب، عمَّا إذا كانت الكتابة شافية. لكنها لم تكن كذلك بالنسبة لي. تتوافق تجربتي مع تجربة الآخرين الذين كتبوا في هذا المجال.[4] الكتابة عن الاكتئاب مؤلمة، وحزينة، ومرهقة. ومع ذلك، فإن فكرة أنني كنت أفعل شيئًا قد يكون مفيدًا للآخرين كانت فكرة رائعة، وكانت معرفتي المتزايدة مفيدة لي. وآمل أن يكون واضحًا أن المتعة الأساسية لهذا الكتاب هي متعة أدبية متمثلة في التواصل والمشاركة، وليست تنفيسًا علاجيًّا من خلال التعبير عن الذات.

لقد بدأتُ بالكتابة عن اكتئابي؛ ثم عن الاكتئاب المماثل للآخرين؛ ثم عن الاكتئاب المختلف للآخرين؛ وأخيرًا عن الاكتئاب في سياقات أخرى تمامًا. لقد أدرجتُ ثلاث قصصٍ من خارج العالم الأول في هذا الكتاب، مع أشخاص في كمبوديا والسنغال وجرينلاند في محاولة لموازنة بعض الأفكار المحددة ثقافيًّا المتعلقة بالاكتئاب، التي حدَّت وقيَّدت من العديد من الدراسات في المنطقة. لقد كانت رحلاتي إلى أماكن مجهولة عبارة عن مغامرات مشوبة بنوع من الغرابة وكأنها قصص خيالية، ولم أقمع تلك اللمسة الخيالية لتلك اللقاءات.

لقد كان الاكتئاب، بأسماء مختلفة وبأشكال مختلفة، موجودًا -ولا يزال- في كل مكان لأسباب بيوكيميائية واجتماعية. يسعى هذا الكتاب إلى تحديد المدى الزمني والجغرافي لانتشار الاكتئاب. إذا بدا في بعض الأحيان أن الاكتئاب هو البلاء الخاص بالطبقات الوسطى

الغربية الحديثة، فذلك لأننا في هذا المجتمع قد اكتسبنا مؤخرًا وعيًا أفضل بالاكتئاب واعترافًا به وقبولًا له، وليس لأن الاكتئاب خاص بنا وحدنا فقط. لا يوجد كتاب يمكن أن يمتد بقدر المعاناة الإنسانية، ولكنني آمل أنه من خلال الإشارة إلى مدى هذه المعاناة، سأساعد في تحرير بعض الرجال والنساء الذين يعانون الاكتئاب. لا يمكننا أبدًا القضاء على كل التعاسة، كما أن تخفيف الاكتئاب لا يضمن السعادة، ولكنني آمل أن تساعد المعرفة الواردة في هذا الكتاب في القضاء على بعض الألم لدى بعض الناس.

الفصل الأول

الاكتئاب

الاكتئاب هو عيبُ الحب. فلكي نكون كائنات تحب، لا بد أن نكون كائنات يمكنها أن تيأس وتحزن لما تخسره، والاكتئاب هو آلية هذا اليأس.[1] وعندما يأتي هذا الاكتئاب، فإنه يحِط من ذات المرء ويقضي في النهاية على القدرة على إعطاء المودة أو تلقِّيها. إنه تجلِّي الوحدة التي بداخلنا، وهو لا يدمر التواصل بالآخرين فحسب، بل يدمر أيضًا القدرة على أن يكون المرء وحيدًا بسلام مع نفسه. بينما الحب -على الرغم من أنه لا يقي من الاكتئاب- هو ما يُسكِّن العقل ويحميه من نفسه. يمكن للأدوية والعلاج النفسي تجديد هذه الحماية، مما يُسهِّل على المرء أن يُحِب ويُحَب، وهذا هو سبب فاعليتها. يحب البعض أنفسهم ويحب البعض الآخرين ويحب البعض العمل ويحب البعض الآخر الله. يمكن لأي من هذه المشاعر أن تُقدِّم ذلك الإحساس الحيوي بالمغزى الذي هو عكس الاكتئاب. لكن يهجرنا الحب من وقتٍ لآخر، وفي بعض الأحيان نحن مَن نهجره. في حالة الاكتئاب، يصبح انعدام المعنى لكل فعل وكل عاطفة، بل وانعدام معنى الحياة نفسها، واضحًا للغاية. ويكون الشعور الوحيد المتبقي في هذه الحالة هو تفاهة وعبثية كل شيء.

تمتلئ الحياة بالأحزان، إذ بغض النظر عمَّا نفعله، سنموت في النهاية، فكل واحد منَّا محتجزٌ في عُزلةِ جسدٍ مستقل، والوقت يمر، وما «كان» لن «يكون» مرة أخرى. إن الألم هو أول شعور يعبِّر عن عجز العالم، وهو لا يفارقنا أبدًا. فنحن نكون غاضبين من انتزاعنا من الرحم المريح، وبمجرد أن يتلاشى هذا الغضب، يأتي الضيق مكانه. حتى أولئك الذين يَعِدهم إيمانهم بأن كل هذا سيكون مختلفًا في العالم الآخر لا يسعهم سوى الشعور بالألم في هذا العالم،

فالمسيح نفسه كان رجل الأحزان. لكننا نعيش في زمنٍ تتزايد فيه المُسكنات، إذ أصبح من السهل أكثر من أي وقتٍ مضى أن تُقرر ما تشعر وما لا تشعر به. أصبحت المشاعر البغيضة التي لا يمكن تجنُّبها تقل شيئًا فشيئًا بالنسبة إلى أولئك الذين لديهم وسائل تجنُّبها. ولكن على الرغم من الادِّعاءات الحماسية لعلوم الأدوية، فلا يمكن القضاء على الاكتئاب ما دمنا كائنات واعية لذواتنا. يمكن احتواؤه في أحسن الأحوال، وهذا هو كل ما تهدف إليه العلاجات الحالية للاكتئاب.

لقد أدَّى الخطاب المُسيَّس بشكلٍ كبير إلى عدم وضوح التمييز بين الاكتئاب وعواقبه، أي التمييز بين ما تشعر به وما تقوم به كرد فعل. وهذا في جزء منه ظاهرة اجتماعية وطبية، لكنه أيضًا نتيجة الغموض اللغوي المرتبط بالتقلُّب العاطفي. لعل أفضل وصف للاكتئاب هو الألم العاطفي الذي يفرض نفسه علينا ضد إرادتنا، ثم يتحرر من عوامله الخارجية. إن الاكتئاب ليس مجرد ألمٍ شديد، لكن الكثير من الألم يمكن أن يتحول إلى اكتئاب. الحزن هو اكتئاب يتناسب مع الظروف، بينما الاكتئاب هو حزن لا يتناسب مع الظروف. إنه نبتة أسى تزدهر من لا شيء، وتنمو على الرغم من انفصالها عن الأرض المُغذية. وهو لا يمكن وصفه إلا بالاستعارة والرمز. سُئِل القديس أنطونيوس في الصحراء كيف يمكن للمرء أن يُفرِّق بين الملائكة الذين يأتون إليه متواضعين وبين الشياطين الذين يأتون متنكرين ببراعة، فقال إنه يمكنك معرفة ذلك من خلال شعورك بعد رحيلهم. عندما يغادر ملاك تشعر بالقوة من حضوره، بينما عندما يغادر شيطان تشعر بالرعب.[2] الحزن ملاكٌ متواضع يتركك بأفكارٍ واضحة وإحساسٍ بعمقك، بينما الاكتئاب شيطان يتركك مرعوبًا.

ينقسم الاكتئاب بشكلٍ تقريبي إلى اكتئاب صغير (خفيف) وكبير (حادٍّ). الاكتئاب الخفيف هو شيء تدريجي ويكون أحيانًا شيئًا دائمًا ويقوِّض الناس بالطريقة التي يُضعِف بها الصدأ الحديد. إنه الحزن الشديد على سببٍ طفيفٍ للغاية، والألم الذي يُزاحم المشاعر الأخرى ويحل محلها. يحتل هذا الاكتئاب مكانًا في الجفون والعضلات التي تحافظ على العمود الفقري منتصبًا. وهو يؤلم قلبك ورئتيك، ويجعل تقلُّص العضلات اللاإرادية أصعب من اللازم. ومثل الألم الجسدي الذي يصبح مزمنًا، فهو ليس ذميمًا لأنه لا يمكن احتماله في الوقت الحالي بقدر ما لأنه لا يمكن احتمال فكرة أنه سيظل معك في المستقبل مثل الماضي. إن تجربة الاكتئاب الخفيف لا توفر أي عزاء لأنه يبدو وكأنه أمرٌ دائم.

كتبت فيرجينيا وولف عن هذه الحالة بوضوح مخيف، إذ تقول: «ذهب يعقوب إلى النافذة ووقف ويداه مدسوستان في جيوبه. وهناك رأى ثلاثة يونانيين مرتدين التنانير، وسفُنًا شراعية، وعمالًا يتسكَّعون أو يقومون بأعمال روتينية وهم يمشون أو يتحركون بخفة، أو يتوزَّعون في مجموعات ويشاورون بأيديهم. لم يكن عدم اهتمامهم بيعقوب هو سبب كآبته، بل كان السبب قناعة أكثر عمقًا، إذ لم يكن الأمر أنه كان وحيدًا، بل أنَّ كل الناس كذلك». وهي تصف في الرواية نفسها، التي تحمل اسم **غرفة يعقوب**، ما مرت به إحدى الشخصيات قائلة:

«وهو ما أثار بداخلها حزنًا غريبًا، كما لو أن الزمن والخلود يتبديان من خلال تنانير النساء وقمصان الرجال، وأيقنت أن هؤلاء المارة العابرين إنما يعبرون نحو هاوية الهلاك. ومع ذلك فالآلهة تعلم أن جوليا ليست حمقاء».[3] هذا هو الوعي الحاد بالزوال والقيود الذي يُشكِّل اكتئابًا خفيفًا. يخضع الاكتئاب الخفيف، الذي جرى استيعابه والتكيف معه لسنوات عديدة، للعلاج بشكل متزايد حيث يسعى الأطباء إلى معالجة أشكاله المتنوعة.

أما الاكتئاب الحاد فيؤدي إلى الانهيار. إذا تخيَّل المرء روحًا من الحديد تتآكل بالحزن وتصدأ بالاكتئاب الخفيف، فإن الاكتئاب الحاد هو الانهيار المروع لبناءٍ كامل. يوجد نموذجان للاكتئاب: البُعدي والقاطع. يفترض النموذج البُعدي أن الاكتئاب يقع على متصل مع الحزن ويمثل نسخة متطرفة من شيءٍ شعر به الجميع وعرفه. بينما يصف النموذج القاطع الاكتئاب على أنه مرضٌ منفصلٌ تمامًا عن المشاعر الأخرى، مثلما يختلف فيروس المعدة تمامًا عن عسر الهضم. كلاهما صحيح. فأنت تسير على طول المسار التدريجي أو تتعرض لمحفز انفعالي مفاجئ ثم تصل إلى مكان مختلف حقًا. يستغرق الأمر وقتًا حتى ينهار مبنى صَدِئ مصنوع من الحديد، لكن الصدأ يطحن المادة الصلبة بلا توقف، ويُضعفها، وينزع صلابتها. إن الانهيار، بغض النظر عن مدى الشعور المفاجئ به، هو النتيجة التراكمية للتآكل والانحلال. ومع ذلك، فهو حدثٌ دراماتيكي للغاية ومختلفٌ بشكل واضح. إنها فترة طويلة تلك التي توجد بين أول قطرة للمطر وبين النقطة التي يكون الصدأ قد أكل فيها عارضة حديدية. في بعض الأحيان يكون الصدأ في تلك النقاط الرئيسية التي تجعل الانهيار يبدو كليًا، ولكنه غالبًا ما يكون جزئيًا، فينهار جزء ويصطدم بآخر، ويغير التوازنات بطريقة دراماتيكية.

ليس من اللطيف أن تتعرض للانحلال والتآكل، وأن تجد نفسك مُعرَّضًا لويلات الأمطار اليومية، وأن تعرف أنك تتحول إلى شيءٍ ضعيف، وأن المزيد والمزيد منك سوف ينهار مع أول ريح قوية. ويتراكم الصدأ العاطفي لدى بعض الأشخاص أكثر من غيرهم. يبدأ الاكتئاب بشكلٍ خفي، ويحول نضارة الأيام إلى لون باهت، ويُثقِل كاهل الأفعال البسيطة بالجهد، ويتركك متعبًا وسائمًا ومركزًا مع ذاتك، ولكن يمكنك تجاوز كل ذلك. ربما ليس بسعادة، ولكن يمكنك تجاوزه. لم يتمكن أي شخص من تحديد نقطة الانهيار التي تُميز الاكتئاب الحاد، ولكن عندما تصل إليها، لن تُخطئها.

إن الاكتئاب الحاد هو ولادة وموت: إنه الوجود الجديد لشيء والاختفاء التام لشيء آخر. إن الولادة والموت تدريجيان، على الرغم من أن الوثائق الرسمية قد تحاول تعديل القانون الطبيعي من خلال إنشاء فئات مثل «الموت الحُكمي»(1) و«وقت الميلاد».[4] وعلى الرغم من تقلبات الطبيعة، فهناك بالتأكيد نقطة لم يكن الطفل موجودًا فيها في العالم، ونقطة لم يعد

---

(1) الموت الحكمي Legal death هو حكم قضائي بموت شخص وإن كان لا يزال حيًا لسبب قانوني يقتضي ذلك. ومن أمثلته صدور حكم من القاضي بموت شخص مفقود. (المترجم)

فيها الرجل الكبير -الذي كان موجودًا في العالم- موجودًا فيه. لكن من الصحيح أنه في إحدى المراحل يكون رأس الطفل هنا وجسده ليس كذلك، وأنه إلى أن يُقطَع الحبل السري فإن الطفل يظل متصلًا جسديًّا بالأم، ومن الصحيح أن الرجل الكبير قد يغلق عينيه للمرة الأخيرة قبل موته بساعات، وأنه قد تكون هناك فجوة بين وقت توقفه عن التنفس وبين إعلان «موته دماغيًّا». إن الاكتئاب يحدث مع مرور الوقت. قد يقول المريض إنه قضى شهورًا معينة يعاني اكتئابًا حادًّا، لكن هذه طريقة لفرض قياس على ما لا يُقاس، إذ إن كل ما يمكن للمرء أن يقوله على وجه اليقين هو إنه قد عرف الاكتئاب الحاد من قبل، وإنه يعانيه أو لا يعانيه الآن.

إن الولادة والوفاة اللتين تُشكِّلان الاكتئاب تحدثان في وقت واحد. عُدتُ، منذ وقتٍ ليس ببعيد، إلى الغابة التي كنت ألعب فيها عندما كنت طفلًا، فرأيت شجرة بلوط، عمرها أكثر من مائة عام، كنت ألعب في ظلها مع أخي. في غضون عشرين عامًا، التف نباتٌ متسلق ضخم على هذه الشجرة الراسخة وكاد أن يخنقها. كان من الصعب تحديد أين توقفت الشجرة وبدأ النبات المتسلق. كان النبات ملتويًا وملتفًّا بالكامل حول أغصان الشجرة حتى إن أوراق النبات بدت من مسافة بعيدة وكأنها أوراق الشجرة، فقط عن قرب يمكنك أن ترى كيف بقي عددٌ قليلٌ من أغصان البلوط حيًّا، وكيف أن حفنة قليلة من براعم البلوط الصغيرة اليائسة كانت عالقة فوق الجذع الضخم، وتستمر أوراقها في التمثيل الضوئي كالآلة التي تعمل تلقائيًّا.

بعد أن تعافيتُ من الاكتئاب الحاد الذي لم أتمكن فيه من استيعاب فكرة مشكلات الآخرين، تعاطفت مع تلك الشجرة. لقد نما اكتئابي على ذاتي مثلما غزت تلك النباتات المتسلقة شجرة البلوط، لقد كان شيئًا ماصًّا يلتف حولي، قبيحًا وأكثر حيوية مني. كان لديه حياة خاصة به تخنق حياتي شيئًا فشيئًا. في أسوأ مراحل الاكتئاب الشديد، كانت لدي حالات مزاجية كنت أعرف أنها ليست في الواقع حالتي المزاجية، بل تنتمي إلى الاكتئاب، تمامًا كما تنتمي أوراق الأغصان العالية على تلك الشجرة إلى النباتات المتسلقة. عندما حاولت التفكير بوضوح في هذا الأمر، شعرت أن عقلي كان محصورًا ومقيدًا، وأنه لا يستطيع التوسع في أي اتجاه. كنت أعلم أن الشمس تشرق وتغرب، ولكن لم يصل إليَّ من نورها إلا القليل. شعرتُ بنفسي أنسحق تحت ما هو أقوى مني بكثير، في البداية لم أتمكن من استخدام كاحلي، ثم لم أتمكن من التحكم في ركبتي، ثم بدأ خصري ينسحق تحت الضغط، ثم انقلبت كتفي إلى الداخل، وفي النهاية تقوقعت على نفسي، منهكًا من هذا الشيء الذي كان يسحقني دون أن يلمسني. لقد هدَّدتْ أغصانه بسحق عقلي وشجاعتي، وكسر عظامي وتجفيف جسدي. لقد استمر في التغذِّي عليَّ حتى بدا أنه لم يتبقَّ شيء ليتغذى عليه.

لم أكن قويًّا بما يكفي للتوقف عن التنفس. أدركتُ حينها أنني لن أستطيع أبدًا أن أقتل نبتة الاكتئاب هذه، ولذلك كل ما أردته هو أن تسمح لي بالموت. لكنها أخذت مني الطاقة التي كنت أحتاج إليها لقتل نفسي، وهي لن تقتلني. إذا كان جذعي يتآكل، فإن هذا الشيء الذي يتغذى عليه أصبح الآن أقوى من أن يسمح له بالسقوط، لقد أصبح سندًا بديلًا لما دمره. في أضيق

زاوية من سريري، ممزقًا ومنهكًا من هذا الشيء الذي لا يبدو أن أي شخص آخر قادر على رؤيته، كنت أصلي إلى إلهٍ لم أومن به تمامًا من قبل، وطلبت الخلاص. كنت سأصبح سعيدًا بأكثر ميتة مؤلمة فقط لأتخلص من تلك الحالة، على الرغم من أنني كنت خاملًا للغاية لدرجة أنني لم أتخيل الانتحار. كانت كل ثانية من وجودي على قيد الحياة تؤذيني. ولأن هذا الشيء قد استنزف كل السوائل مني، لم أستطع حتى البكاء. كان فمي جافًّا أيضًا. لقد كنت أعتقد أنه عندما تشعر بأسوأ المشاعر، فإن دموعك تتدفق، لكن أسوأ الألم هو الألم القاحل الناتج عن الاستنزاف التام الذي يأتي بعد استنفاد كل الدموع، الألم الذي يغلق كل مساحة كنت ترى من خلالها العالم، أو يراك العالم من خلالها. هذا هو شعور الاكتئاب الحاد.

لقد قلتُ إن الاكتئاب هو ولادة وموت. النبتة المتسلقة هي ما تولد. الموت هو اضمحلال المرء، وتشقق الأغصان التي تدعم هذا البؤس. أول شيء يتلاشى هو السعادة، إذ لا يمكنك الحصول على المتعة من أي شيء.[5] ومن المعروف أن هذا هو العَرَض الأساسي للاكتئاب الحاد. ولكن سرعان ما تختفي مشاعر أخرى من قبيل الحزن كما عرفته، الحزن الذي يبدو أنه قادك إلى هنا، وروح الدعابة لديك، وقدرتك على الحب وإيمانك به. يصبح عقلك مستنزَفًا وتبدو غبيًّا حتى لنفسك. وإذا كان شعرك خفيفًا دائمًا، فسيبدو أخفَّ، وإذا كان لديك دائمًا بشرة سيئة فستزداد سوءًا. ستبدو رائحتك كريهة حتى لنفسك. ستتبخر ثقتك في الآخرين، وكذلك قدرتك على التواصل العاطفي. وفي نهاية المطاف، تصبح متبلِّدًا.

ربما يحل الحاضر محل ما أصبح غائبًا، وربما يكشف غياب الأشياء المعقدة عمَّا هو حاضر. وفي كلتا الحالتين، أنت لا تكون نفسك وتقع تحت سيطرة شيء غريب. في كثير من الأحيان، تعالج العلاجات نصف المشكلة فقط، فهي تُركز فقط على ما هو حاضر أو ما هو غائب. لكن من الضروري إزالة تلك الأرطال الألف الإضافية من النباتات المتسلقة واستعادة الجذر وتعلُّم التمثيل الضوئي من جديد. يخترق العلاج بالعقاقير النباتات المتسلقة. يمكنك أن تشعر بحدوث ذلك، وكيف يبدو أن الدواء يسمم النباتات الطفيلية بحيث تتلاشى شيئًا فشيئًا. تشعر بالطريقة التي تستطيع بها الفروع استعادة الكثير من انحنائها الطبيعي. وإلى أن تتخلص من النباتات المتسلقة، لا يمكنك أن تفكر فيما ضاع. ولكن حتى مع اختفاء النباتات المتسلقة، قد تظل لا تملك سوى القليل من الأوراق والجذور الضحلة، ولا يمكن إعادة بناء نفسك باستخدام أي أدوية موجودة الآن. ومع اختفاء ثقل النباتات المتسلقة، تصبح الأوراق الصغيرة المتناثرة على طول الشجرة صالحة للتغذية الأساسية. لكن هذه ليست حالة جيدة، فهي تفتقر للقوة. إن إعادة بناء الذات في مرحلة الاكتئاب وما بعدها تتطلب الحب والبصيرة والعمل، والأهم من ذلك كله، الوقت.

كما أن التشخيص معقدٌ بقدر تعقيد المرض ذاته. يسأل المرضى الأطباء طوال الوقت: «هل أنا مكتئب؟» وكأن النتيجة تظهر في فحص دم قاطع. إن الطريقة الوحيدة لمعرفة ما إذا كنت مكتئبًا هي الاستماع إلى نفسك ومراقبتها، والشعور بمشاعرك ثم التفكير فيها. إذا

كنت تشعر بالسوء دون سبب في معظم الأوقات، فأنت مكتئب. وإذا كنت تشعر بالسوء معظم الوقت لسبب ما، فأنت أيضًا مكتئب، على الرغم من أن تغيير الأسباب قد يكون طريقة أفضل لحل المشكلة بدلًا من تجاهل الظروف ومهاجمة الاكتئاب. إذا كان الاكتئاب يعوقك، فهو حاد. إذا كان مجرد تشتيت بسيط للانتباه، فهو ليس حادًّا. يُعرِّف الكتاب المقدس للطب النفسي -الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية- الاكتئاب بشكل غير كفء على أنه وجود خمسة أعراض أو أكثر من قائمة تضم تسعة أعراض. المشكلة في هذا التعريف هي أنه تعسفيٌّ تمامًا. لا يوجد سبب محدد لوصف وجود خمسة أعراض بأنه يُشكّل اكتئابًا، فحتى وجود عرض واحد يكون مقيتًا. وقد يكون وجود أشكال طفيفة من جميع الأعراض مشكلة أقل من وجود أشكال حادة من اثنين فقط من الأعراض. بعد التشخيص الدائم، يبحث معظم الناس عن السبب، على الرغم من أن معرفة سبب مرضك ليس لها أي تأثير مباشر على علاج المرض.

المرض النفسي هو مرضٌ حقيقي، ويمكن أن يكون له آثار خطيرة على الجسد. كثيرًا ما يُقال للأشخاص الذين يأتون إلى عيادات أطبائهم يشكون من تقلصات في المعدة: «ليس لديك مشكلة سوى أنك مكتئب!» لكن الاكتئاب، إذا كان شديدًا بما يكفي ليُسبب تقلصات في المعدة، هو في الواقع مشكلة حقًّا، ويتطلب العلاج. إذا ذهبت للطبيب وأنت تشتكي من اضطراب في تنفُسك، فلا أحد يقول لك: ليس لديك مشكلة سوى انتفاخ الرئة! إن الأعراض النفسية-الجسدية تُعتبر بالنسبة إلى الشخص الذي يعانيها حقيقية مثل تقلصات المعدة التي يعانيها شخصٌ مصاب بالتسمم الغذائي. إنها موجودة في الدماغ اللاواعي، وفي كثير من الأحيان يرسل الدماغ رسائل غير صحيحة إلى المعدة، لذلك فهي موجودة هناك أيضًا. إن التشخيص -سواء كان السبب شيئًا فاسدًا في معدتك أو مشكلة في الزائدة الدودية أو دماغك- مهم في تحديد العلاج وليس بالأمر التافه. يعد الدماغ عضوًا مهمًّا جدًّا بين الأعضاء، ويجب معالجة مشكلاته بناء على ذلك.

غالبًا ما تُستدَعى الكيمياء لرأب الصدع بين الجسد والروح. عندما يسمع الناس طبيبًا يقول إن اكتئابهم «كيميائي»، يوفر لهم ذلك شعورًا بالارتياح، يرتكز على الاعتقاد بأن هناك ذاتًا أساسية تظل ثابتة مع مرور الوقت، وعلى تمييزٍ خيالي بين الحزن القائم على ظروف الحياة الواقعية، والحزن الذي يبدو عشوائيًّا. يبدو أن كلمة «كيميائي» تُخفف من مشاعر المسؤولية التي يشعر بها الناس تجاه السخط الشديد الناجم عن عدم إعجابهم بوظائفهم، والقلق بشأن التقدم في السن، والفشل في الحب، وكراهية عائلاتهم. هناك تحررٌ لطيف من الشعور بالذنب مرتبط بما هو «كيميائي». فإذا كان دماغك مهيأ للاكتئاب، فلا داعي لأن تلوم نفسك على الأمر. حسنًا، ألقِ اللوم على نفسك أو على التطور، لكن تذكَّر أن اللوم في حد ذاته يمكن فهمه على أنه عملية كيميائية، وأن السعادة أيضًا هي عملية كيميائية. الكيمياء والبيولوجيا ليستا قوى خارجية تؤثر على الذات «الحقيقية»، ولا يمكن فصل الاكتئاب عن الشخص الذي

يعانيه. لا يؤدي العلاج ببساطة إلى استعادة الإحساس المنقطع بالهوية، مما يعيدك إلى حياتك الطبيعية، بل يُعيد تشكيل هويتك، ويُغيرك وإن كان بدرجة صغيرة.

أي شخص درس العلوم في المدرسة الثانوية يعرف أن الإنسان مصنوعٌ من مواد كيميائية وأن دراسة تلك المواد الكيميائية والأشكال التي تتكون منها تُسمى علم الأحياء. كل ما يحدث في الدماغ له مظاهر ومصادر كيميائية. إذا أغمضت عينيك وفكرت مليًّا في الدببة القطبية، فسيكون لذلك تأثير كيميائي على دماغك. إذا التزمت بسياسة معارضة الإعفاءات الضريبية لتحقيق مكاسب رأسمالية، فسيكون لذلك تأثير كيميائي على دماغك. عندما تتذكر بعض الأحداث من ماضيك، فإنك تفعل ذلك من خلال كيمياء الذاكرة المعقدة. ويمكن لصدمات الطفولة والصعوبات اللاحقة أن تغير كيمياء الدماغ. وتشارك آلاف التفاعلات الكيميائية في اتخاذ قرارك بقراءة هذا الكتاب، والتقاطه بيديك، والنظر إلى أشكال الحروف الموجودة على الصفحة، واستخلاص المعنى من تلك الأشكال، والحصول على استجابات فكرية وعاطفية لما تنقله تلك الأحرف والكلمات. وإذا سمح لك الوقت بالخروج من الاكتئاب والشعور بالتحسن، فإن التغيرات الكيميائية لا تكون أقل خصوصية وتعقيدًا من تلك التي تحدث عن طريق تناول مضادات الاكتئاب. إن الخارجي يحدد الداخلي بقدر ما يخترع الداخلي الخارجي. ما هو مقيت تمامًا هو فكرة أنه بالإضافة إلى كون جميع الأشياء الأخرى غير واضحة، فإن حدود ما يجعلنا أنفسنا غير واضحة كذلك. لا توجد ذات أساسية نقية مثل الذهب تكمن تحت فوضى التجارب والكيمياء. إذ يمكن تغيير أي شيء، ويجب علينا أن نفهم الكائن البشري باعتباره سلسلة من الذوات التي تخضع لبعضها بعضًا أو تختار بعضها بعضًا. ومع ذلك، فإن لغة العلم، المستخدمة في تدريب الأطباء وكذلك في الكتابات والمحادثات غير الأكاديمية، مُضللة بشكل غريب.

إن النتائج التراكمية للتأثيرات الكيميائية للدماغ ليست مفهومة جيدًا. في طبعة عام 1989 من **الكتاب المدرسي الشامل للطب النفسي**، على سبيل المثال، يجد المرء هذه الصيغة[6]: درجة الاكتئاب تعادل مستوى -3ميثوكسي4--هيدروكسي فينيل الجليكول (مُركَّب موجود في بول جميع الناس لا يتأثر على ما يبدو بالاكتئاب)، ناقص مستوى حمض -3ميثوكسي4-- هيدروكسي مانديليك، زائد مستوى النورإبينفرين، ناقص مستوى النورميتانفرين بالإضافة إلى مستوى الميتانيفيرين، مجموع تلك العناصر مقسومًا على مستوى حمض -3ميثوكسي- 4-هيدروكسي مانديليك، بالإضافة إلى متغير تحويل غير محدد، يفضي لدرجة الاكتئاب، أو على حد وصف الكتاب: درجة الاكتئاب=

«.Q (MHPG) - C2 (VMA) + C3 (NE) - C4 (NMN + MNJ/VMA) + C0»

يجب أن تكون النتيجة بين واحد لمرضى الاكتئاب أحادي القطب وصفر لمرضى الاكتئاب ثنائي القطب، فإذا توصلت إلى شيء آخر، فأنت تفعل الأمر بشكل خاطئ. ما مقدار المعرفة التي يمكن أن توفرها مثل هذه المعادلات والصِّيغ الرياضية؟ وكيف يمكن تطبيقها على شيء غامض مثل الحالة المزاجية؟ إن مسألة إلى أي مدى أدَّت تجربة معينة إلى شعورٍ بالاكتئاب هي مسألة صعبة التحديد، وكذلك لا يمكننا أن نفسر كيف تقود الكيمياء الشخص إلى الاستجابة للظروف الخارجية بالاكتئاب، أو حتى ما الذي يجعل الشخص عُرضة للاكتئاب بشكل أساسي.

على الرغم من أن الصحافة الشعبية وصناعة الأدوية تصفان الاكتئاب وكأنه مرضٌ ذو سبب محدد مثل مرض السكري، فإنه ليس كذلك. في الواقع، إنه يختلف بشكل كبير عن مرض السكري. ينتج مرضى السكري كمياتٍ غير كافية من الأنسولين، ويُعالَجون عن طريق زيادة الأنسولين وتثبيته في مجرى الدم. أما الاكتئاب فليس نتيجة لانخفاض مستوى أي شيء يمكننا قياسه الآن. يؤدي رفع مستويات السيروتونين في الدماغ إلى تحفيز عملية تساعد في نهاية المطاف العديد من الأشخاص المصابين بالاكتئاب على الشعور بالتحسُّن، ولكن هذا ليس بسبب انخفاض مستويات السيروتونين لديهم بشكل غير طبيعي. علاوة على ذلك، ليس للسيروتونين تأثيرات مفيدة فورية. يمكنك ضخ جالون من السيروتونين إلى دماغ شخص مكتئب، ولن يجعله ذلك يشعر بتحسن ولو ذرة واحدة، على الرغم من أن الارتفاع المستمر في مستوى السيروتونين على المدى الطويل له بعض التأثيرات التي تخفف من أعراض الاكتئاب. إن عبارة «أنا مكتئب ولكن الأمر مجرد مسألة كيميائية» تعادل عبارة «أنا قاتل ولكن الأمر مجرد مسألة كيميائية» أو «أنا ذكي ولكن الأمر مجرد مسألة كيميائية». كل شيء يتعلق بالشخص هو مجرد مسألة كيميائية إذا أراد المرء أن يفكر بهذه المصطلحات. تقول ماجي روبنز، التي تعاني مرض الهوس الاكتئابي (الاضطراب ثنائي القطب): «يمكن للبعض القول بأن الأمر مجرد كيمياء، لكن أنا أقول إنه لا يوجد شيء متعلق بالكيمياء فقط». كون الشمس مشرقة هو أمرٌ كيميائي أيضًا، وكون الصخور صلبة هو أمر كيميائي أيضًا، وكذلك كون البحر مالحًا، وكذلك كون بعض فترات بعد الظهر في فصل الربيع تحمل في نسائمها اللطيفة نوعًا من الحنين الذي يحرك القلب إلى الأشواق والتخيلات التي كانت كامنة تحت ثلوج الشتاء الطويل. يقول ديفيد ماكدويل من جامعة كولومبيا: «مسألة السيروتونين تلك هي جزء من الأساطير العصبية الحديثة».

إن الواقع الداخلي والخارجي موجودان في سلسلة متصلة، فما يحدث وكيفية فهمك له وكيفية استجابتك لحدوثه هي أمور عادة ما تكون مرتبطة بعضها ببعض، ولكن لا أحد منها يمكنه التنبؤ ببقية العوامل الأخرى. إذا كان الواقع نفسه في كثير من الأحيان شيئًا نسبيًّا، وكانت الذات في حالة تغير مستمر، فإن الانتقال من المزاج الخفيف إلى المزاج المتطرف هو انتقال تدريجي على مُتَّصَل. الاضطراب النفسي إذن هو حالة عاطفية متطرفة، ويمكن للمرء أن يصف العاطفة بأنها شكل خفيف من الاضطراب النفسي. إذا شعرنا بالسعادة فقط

طوال الوقت (ولكن ليس بالهوس الوهمي)، فقد نكون قادرين على إنجاز المزيد وقضاء وقت أفضل على الأرض، لكن هذه الفكرة غريبة ومخيفة في الوقت نفسه. ففي نهاية المطاف، إذا شعرنا دائمًا بالسعادة، فقد ننسى كل شيء عن المشاعر الأخرى التي تُشكِّلنا كبشر كالتعاطف والرحمة والحزن.

إن الأنفلونزا واضحة ومباشرة، ففي يوم من الأيام لا يكون لديك الفيروس المسؤول عنها في جسدك، وفي يوم آخر يكون لديك. كما ينتقل فيروس نقص المناعة البشرية من شخص إلى آخر في جزء من الثانية. لكن الاكتئاب؟ الأمر أشبه بمحاولة التوصل إلى معايير طبية للجوع، الذي يؤثر علينا جميعًا عدة مرات في اليوم، ولكنه في صورته المتطرفة يُشكِّل مأساة تقتل ضحاياه. يحتاج بعض الناس إلى طعام أكثر من غيرهم، ويمكن للبعض أن يعمل في ظل ظروف من سوء التغذية الحاد، والبعض يضعف بسرعة وينهار في الشوارع. وبالمثل، فإن الاكتئاب يصيب الأشخاص المختلفين بطرق مختلفة، فبعضهم يميل إلى مقاومته أو الكفاح في وجوده، في حين أن آخرين يكون لا حول لهم ولا قوة في قبضته. وقد يسمح العناد والكبرياء لشخص ما بتجاوز حالة اكتئاب قد تُدمِّر شخصًا آخر تكون شخصيته أكثر لينًا واستسلامًا.

يتفاعل الاكتئاب مع الشخصية. بعض الناس يكونون شُجعانًا في مواجهة الاكتئاب (وفي أثنائه وبعده) وبعضهم ضعيف. وبما أن الشخصية لديها أيضًا سمة العشوائية وتتأثر بالكيمياء المعقدة، فيمكن للمرء أن ينسب كل شيء إلى الجينات والعوامل الوراثية، لكن هذا تبسيطٌ مُخل. يقول ستيفن هيمان، مدير المعهد الوطني للصحة النفسية: «لا يوجد شيء اسمه جين المزاج. إنه مجرد اختزال للتفاعلات المعقدة للغاية بين الجينات والبيئة». إذا كان كل شخص لديه القدرة على تحمُّل قدرٍ ما من الاكتئاب في ظل ظروف معينة، فإن كل شخص لديه أيضًا القدرة على محاربة الاكتئاب إلى حدٍّ ما في ظل ظروف معينة. في كثير من الأحيان، يأخذ هذا القتال شكل البحث عن العلاجات التي ستكون أكثر فاعلية، والعثور على المساعدة بينما لا تزال قويًا بما يكفي للقيام بذلك، وتحقيق أقصى استفادة من حياتك بين نوباتك الأكثر خطورة. بعض الأشخاص الذين يعانون أعراضًا رهيبة قادرون على تحقيق نجاح حقيقي في الحياة، وبعض الناس يتدمرون تمامًا بسبب أخف أشكال الألم.

إن التغلب على الاكتئاب الخفيف دون أدوية له مزايا معينة. فهو يمنحك الإحساس بأنك يمكنك تصحيح اختلال التوازن الكيميائي لديك من خلال ممارسة إرادتك الكيميائية، مثلما يُعدُّ تعلم المشي على الجمر الساخن بمنزلة انتصار للدماغ على ما يبدو أنه الكيمياء الفيزيائية الحتمية للألم، وهي طريقة مثيرة لاكتشاف قوة العقل المطلقة. يتيح لك التغلب على الاكتئاب «بمفردك» تجنُّب الانزعاج الاجتماعي المرتبط بالأدوية النفسية. إنه يشير إلى أننا نقبل أنفسنا كما خُلِقنا، ونعيد بناء أنفسنا فقط بآلياتنا الداخلية ودون مساعدة من الخارج.

ومع ذلك، يصعب تفعيل تلك الآلية الداخلية، وغالبًا ما تكون غير كافية، إذ في كثير من الأحيان، يُدمِّر الاكتئاب سيطرة العقل على الحالة المزاجية. في بعض الأحيان، تبدأ كيمياء الحزن المعقدة لأنك فقدت شخصًا تحبه، وقد تؤدي كيمياء الخسارة والحب إلى كيمياء الاكتئاب. يمكن أن تنشأ كيمياء الوقوع في الحب لأسباب خارجية واضحة، أو وفق أسباب لا يستطيع القلب أن يخبرها للعقل أبدًا. ربما يمكننا أن نعالج هذا الجنون العاطفي إذا أردنا. إنه لأمر جنوني أن يغضب المراهقون من آبائهم الذين بذلوا قصارى جهدهم لرعايتهم، ولكنه جنون تقليدي وشائع وموحَّد بالدرجة التي تجعلنا نتسامح معه دون أدنى شك. لكن في بعض الأحيان، تنشأ الكيمياء نفسها نتيجة لأسباب خارجية لا تكفي، وفقًا للمعايير السائدة لتفسير اليأس، حيث يصطدم بك شخصٌ ما في حافلة مزدحمة وترغب في البكاء مثلًا، أو تقرأ عن الاكتظاظ السكاني في العالم وتشعر أن حياتك لا تطاق. لقد شعر الجميع في بعض الأحيان بمشاعر غير متناسبة بشأن مسألة صغيرة أو شعروا بمشاعر مجهولة المصدر أو قد لا يكون لها أصل على الإطلاق. في بعض الأحيان تبدأ الكيمياء دون سببٍ خارجي واضح على الإطلاق. لقد مرَّ معظم الناس بلحظات من اليأس الذي لا يمكن تفسيره، وغالبًا ما يكون ذلك في منتصف الليل أو في الصباح الباكر قبل أن يدق المنبه. إذا استمرت مثل هذه المشاعر لمدة عشر دقائق، فهي حالة مزاجية غريبة وسريعة الزوال. إذا استمرت عشر ساعات، فهي حُمى مزعجة، وإذا استمرت عشر سنوات، فهي مرضٌ مُعِيق.

في كثير من الأحيان عندما نكون سعداء نشعر بأن لحظات السعادة هشَّة وتزول سريعًا، بينما يبدو الاكتئاب -عندما تكون غارقًا فيه- حالة لن تمر أبدًا. حتى لو قبلت أن الحالة المزاجية تتغير، وأن كل ما تشعر به اليوم سيكون مختلفًا غدًا، فلن تتمكن من الشعور بالسعادة بسهولة الشعور بالحزن نفسها. بالنسبة لي، كان الحزن دائمًا ولا يزال شعورًا أقوى، وإذا لم تكن هذه تجربة جميع الناس، فربما تكون هي البذرة التي ينمو منها الاكتئاب. لقد كرهت الشعور بالاكتئاب، ولكن خلال تلك الفترات أدركت المدى الكامل لذاتي الداخلية، المدى الكامل لروحي. عندما أشعر بالسعادة، أشعر ببعض التشتت بسبب السعادة، كما لو أنها تفشل في استخدام جزء من عقلي يريد التمرين. من ناحية أخرى، في أثناء الاكتئاب يزداد إدراكي حدة ويصبح حادًّا بشكل خاص في لحظات الخسارة، إذ أستطيع أن أقدِّر تمامًا جمال الأشياء الزجاجية الهشة في اللحظة التي تنزلق فيها من قبضتي وتسقط نحو الأرض. وكما لاحظ شوبنهاور ذات مرة: «إننا نجد المتعة أقل متعة، والألم أكثر إيلامًا مما توقعنا. نحن بحاجة في جميع الأوقات إلى قدرٍ معين من الاهتمام أو الحزن أو الحاجة، كما تحتاج السفينة إلى صابورة، لتظل في مسارٍ مستقيم».

هناك مثل روسي يقول: «إذا استيقظت وأنت لا تشعر بأي ألم، فاعلم أنك ميت». وفي حين أن الحياة لا تتعلق فقط بالألم، فإن تجربة الألم، التي تتميز بحدتها، هي واحدة من أضمن العلامات على قوة الحياة. يقول شوبنهاور: «تخيل أن كل شيء في المدينة الفاضلة

ينمو من تلقاء نفسه، وتصبح الديوك الرومية مشوية وجاهزة من تلقاء نفسها، ويجد العشاق بعضهم بعضًا سريعًا ويحافظون على بعضهم بعضًا دون أي صعوبة، في مكانٍ كهذا سيموت بعض الأشخاص من الملل أو يشنقون أنفسهم، والبعض سيتقاتلون ويقتلون بعضهم بعضًا، وبالتالي يخلقون لأنفسهم معاناة أكثر مما تسببه لهم الطبيعة كما هي... إن النقيض القطبي للمعاناة هو الملل».[7] أعتقد أنه يتعين تحويل الألم، لكن لا ينبغي نسيانه.

أنا مقتنعٌ بأن بعض الأرقام الأوسع نطاقًا للاكتئاب تستند إلى الواقع، رغم أنه من الخطأ اعتبار الأرقام تعبِّر دائمًا عن الحقيقة. تحكي هذه الأرقام قصة مثيرة للقلق. وفقًا لبحث حديث، يعاني نحو 3% من الأمريكيين -نحو 19 مليونًا- الاكتئاب المزمن.[8] وأكثر من 2 مليون منهم من الأطفال. أما مرض الهوس الاكتئابي، الذي يُطلَق عليه غالبًا الاضطراب ثنائي القطب لأن الحالة المزاجية لضحاياه تتبدل بين الهوس والاكتئاب، فيصيب نحو 2.3 مليون شخص، وهو ثاني أكبر قاتل للشابات، والثالث للشباب.[9] والاكتئاب كما هو موصوف في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية هو السبب الرئيسي للإعاقة والعجز في الولايات المتحدة وخارجها للأشخاص فوق سن الخامسة.[10] أما في جميع أنحاء العالم، بما في ذلك العالم النامي، فيُمثل الاكتئاب قدرًا من العبء المرضي أكثر من أي شيء آخر باستثناء أمراض القلب وفقًا لأعداد الوفيات المبكرة بالإضافة إلى السنوات الضائعة نتيجة الإعاقة التي يسببها. ويستغرق الاكتئاب سنوات أطول من سنوات الحرب والسرطان والإيدز مجتمعة.[11] وبعض الأمراض الأخرى، من إدمان الكحول إلى أمراض القلب، تطغى على الاكتئاب وتُخفيه في حين أنه نفسه مَن يُسببها في المقام الأول، لذا إذا أخذنا ذلك في الاعتبار، فقد يكون الاكتئاب أكبر قاتل على وجه الأرض.[12]

تنتشر علاجات الاكتئاب الآن، ولكن نصف الأمريكيين الذين عانوا الاكتئاب الحاد فقط هم الذين طلبوا أي نوع من المساعدة، ولو حتى من رجل دين.[13] يذهب نحو 95% من الـ 50% إلى أطباء الرعاية الأولية، الذين غالبًا ما لا يعرفون الكثير عن الأمراض النفسية.[14] إن الشخص البالغ الأمريكي المصاب بالاكتئاب لا يُتعرَّف على مرضه إلا في نحو 40% من الحالات.[15] ومع ذلك، فإن نحو 28 مليون أمريكي -واحد من كل عشرة- يتعاطون الآن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (فئة العقاقير التي ينتمي إليها بروزاك)، وعدد كبير منهم يتعاطون أدوية أخرى.[16] وأقل من نصف أولئك الذين تُعُرِّف على مرضهم يحصلون على العلاج المناسب. ومع توسُّع تعريفات الاكتئاب لتشمل المزيد والمزيد من عامة الناس، أصبح من الصعب بشكل متزايد حساب رقم دقيق للوفيات. الإحصائية التقليدية هي أن 15% من الأشخاص المصابين بالاكتئاب ينتحرون في نهاية المطاف[17]، لكن هذا الرقم ينطبق فقط على أولئك الذين يعانون الاكتئاب الحاد. تُظهِر الدراسات الحديثة التي تشمل الاكتئاب الخفيف أن 2 إلى 4% من مرضى الاكتئاب يموتون مُنتحرين كنتيجة مباشرة للمرض. وهذا لا يزال رقمًا ضخمًا. قبل عشرين عامًا، كان نحو 1.5% من السكان يعانون الاكتئاب الذي

يتطلب العلاج، أما الآن فقد بلغت النسبة 5%، وما يصل إلى 10% من جميع الأمريكيين الذين يعيشون الآن يمكن أن يتوقعوا أن يُصابوا بنوبة اكتئاب كبيرة خلال حياتهم. وسيعاني نحو 50% بعض أعراض الاكتئاب. كما زادت المشكلات الطبية المقترنة به، وزادت العلاجات بشكل كبير أيضًا.[18] صحيح أن عمليات التشخيص آخذة في الازدياد، لكن هذا لا يوضح حجم وعمق هذه المشكلة. إذ تتزايد حالات الاكتئاب في جميع أنحاء العالم المتقدم، وبخاصة بين الأطفال. ويحدث الاكتئاب لدى الشباب[19]، ويظهر لأول مرة عندما يكون ضحاياه في سن السادسة والعشرين تقريبًا، أي أصغر بعشر سنوات عمَّا كانوا عليه قبل جيل واحد، أما الاضطراب ثنائي القطب، أو الهوس الاكتئابي، فيبدأ في وقت مبكر عن ذلك. لقد باتت الأمور تزداد سوءًا.

في بعض الحالات يتأرجح الاكتئاب بين عدم التشخيص والإفراط في العلاج. عندما يصبح الأفراد عاجزين تمامًا بسبب الاكتئاب، عادةً ما يُدخَلون إلى المستشفى ويتلقون العلاج، على الرغم من وجود حالات يحدث فيها خلطٌ بين اكتئابهم وأمراض جسدية قد يعانونها. ومع ذلك، فإن عددًا كبيرًا من الأشخاص بالكاد يتمكَّنون من التغلب على الاكتئاب، وعلى الرغم من التقدم الكبير في العلاجات والأدوية النفسية، فإنهم لا يزالون يعانون البؤس العميق. وأكثر من نصف أولئك الذين يطلبون المساعدة -أي 25% آخرين من المصابين بالاكتئاب- لا يتلقون أي علاج. ونحو نصف أولئك الذين يتلقون العلاج 13%- أو نحو ذلك من المصابين بالاكتئاب- يتلقون علاجًا غير مناسب، وغالبًا ما يتمثل في المهدئات أو العلاجات النفسية غير الدوائية. ومن بين أولئك المتبقين، فإن نصفهم -نحو 6% من المصابين بالاكتئاب- يتلقون جرعة غير كافية لفترة زمنية غير كافية. وهذا يعني أن نحو 6% فقط من إجمالي المصابين بالاكتئاب يتلقون العلاج المناسب. لكن العديد من هؤلاء يتوقفون عن تناول أدويتهم في نهاية المطاف، عادة بسبب الآثار الجانبية. يقول جون جريدن، مدير معهد أبحاث الصحة النفسية في جامعة ميشيجان: «إن ما يتراوح بين 1 إلى 2% فقط يحصلون على العلاج الأمثل لمرض يمكن عادةً السيطرة عليه جيدًا باستخدام أدوية رخيصة الثمن نسبيًّا ليس لها آثار جانبية خطيرة إلا القليل». وعلى الطرف الآخر من الطيف، هناك أشخاص يعتقدون أن السعادة الدائمة هي حقهم الأصيل، ويلجؤون إلى تناول العديد من الحبوب في محاولة فاشلة للتخفيف من المضايقات البسيطة التي تُشكل جزءًا من الحياة اليومية.

لقد ثبت جيدًا أن ظهور عارضات الأزياء قد أضرَّ بصور النساء عن أنفسهن من خلال وضع توقعات غير واقعية، بيد أن عارضات الأزياء النفسية في القرن الحادي والعشرين أكثر خطورة من عارضات الأزياء الجسدية.[20] يفحص الناس باستمرار عقولهم وينبذون حالاتهم المزاجية. يقول ويليام بوتر، الذي أدار قسم علم الأدوية النفسية في المعهد الوطني للصحة النفسية خلال السبعينيات والثمانينيات، عندما كان يجري تطوير الأدوية الجديدة: «إنها ظاهرة إيجابية وسلبية. عندما تُعرَّض أعداد كبيرة جدًّا من الناس لما يرون أنه أمرٌ إيجابي،

فإنك تحصل على تقارير عن معجزات إيجابية وأيضًا عن مآسٍ سلبية بالطبع». يمكن تحمُّل البروزاك بسهولة لدرجة أنه يمكن لأي شخص تقريبًا تناوله، وهذا ما يفعله أي شخص تقريبًا. لقد بات يستخدمه الأشخاص الذين يعانون شكاوى وأعراضًا طفيفة والذين لم يكن من الممكن أن يتحملوا الأعراض الجانبية لمضادات الاكتئاب القديمة من قبيل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات أو مثبطات أوكسيديز أحادي الأمين (MAOIs). فحتى لو لم تكن مكتئبًا، فقد تدفع هذه الأدوية حدود حزنك إلى الوراء، أليس هذا أجمل من العيش مع الألم؟

نحن نعتبر ما يمكن علاجه مرضًا، وحتى ما يمكن تعديله بسهولة أصبحنا نتعامل معه على أنه مرض، حتى لو كنا نتعامل معه سابقًا على أنه نمط شخصية أو حالة مزاجية. بمجرد أن يكون لدينا عقار للعنف، فإن العنف سوف يصبح مرضًا. هناك العديد من الحالات الرمادية بين الاكتئاب التام والألم الخفيف غير المصحوب بتغيرات في النوم أو الشهية أو الطاقة أو الاهتمام. لقد بدأنا في تصنيف المزيد والمزيد من هذه الأعراض على أنها أمراض لأننا وجدنا المزيد والمزيد من الطرق لتحسينها. لكن نقطة الفصل تظل تعسفية. لقد قررنا أن معدل ذكاء 69 يُشكِّل تخلفًا، لكن الشخص الذي لديه معدل ذكاء 72 ليس في حالة جيدة، والشخص الذي لديه معدل ذكاء 65 لا يزال بإمكانه التعامل مع الأمور بشكل أو بآخر[21]، لقد قلنا إن نسبة الكوليسترول يجب أن تبقى أقل من 220، ولكن إذا كان مستوى الكوليسترول لديك 221، فعلى الأرجح لن تموت منه، وإذا كان 219، فعليك أن تكون حذرًا؛ 69 و220 هي أرقام عشوائية، وما نسميه مرضًا هو أيضًا تعسفي تمامًا، وفي حالة الاكتئاب، فهو في حالة تغير مستمر.

يستخدم المصابون بالاكتئاب عبارات من قبيل «تجاوُز الحد أو الحافة» طوال الوقت لوصف الانتقال من الألم إلى فقدان السيطرة. وكثيرًا ما يستلزم هذا الوصف الجسدي الوقوع «في الهاوية». من الغريب أن يكون لدى الكثير من الناس مثل هذه المفردات المتسقة، لأن الحافة هي في الحقيقة استعارة مجردة تمامًا. قليلون منَّا هم الذين سقطوا من على حافة أي شيء، وبالتأكيد ليس في الهاوية. فعن أي هاوية نتحدث؟ جراند كانيون؟ المضيق النرويجي؟ منجم الماس الهائل في جنوب إفريقيا؟ من الصعب حتى العثور على هاوية يمكن الوقوع فيها. عندما يُسأل الناس، يصفون الهاوية بشكل متسق جدًّا. فهي في المقام الأول مظلمة. فأنت تسقط بعيدًا عن ضوء الشمس باتجاه مكان حالك السواد. ففي داخلها، لا يمكنك الرؤية، والمخاطر تحيط بك في كل مكان (ليست ذات قاع ناعم ولا جوانب ناعمة). وفي أثناء سقوطك، لا تعرف إلى أي مدى يمكنك الوصول، أو ما إذا كان بإمكانك إيقاف نفسك بأي شكل من الأشكال. فأنت تخترق السواد الحالك طويلًا، ولا يمكنك الإمساك بأي شيء يدعمك.

يُعتبر الخوف من المرتفعات هو الرهاب الأكثر شيوعًا في العالم، ولا بد أنه أفاد أسلافنا جيدًا، لأن أولئك الذين لم يكونوا خائفين ربما وجدوا هاوية وسقطوا فيها، مما أدى إلى استبعاد مادتهم الجينية من السباق التطوري. إذا وقفت على حافة هاوية ونظرت إلى الأسفل، ستشعر

بالدوار. لا يعمل جسدك حينها جيدًا ولا يكون بأفضل حالاته، ولا يسمح لك بالابتعاد عن الحافة بدقة مثالية. تشعر كما لو أنك على وشك السقوط، وإذا حدَّقت لفترة طويلة، فقد تسقط بالفعل. تشعر وكأنك مشلول. أتذكر ذهابي مع بعض الأصدقاء إلى شلالات فيكتوريا، حيث تنحدر الصخور عموديًا عن ارتفاعات كبيرة مباشرة إلى نهر زامبيزي. كنا صغارًا نتحدى بعضنا بعضًا من خلال التقاط الصور بالقرب من الحافة بقدر ما نجرؤ على الاقتراب منها. كل واحد منا، عندما اقترب كثيرًا من الحافة، شعر بالدوار والشلل. أعتقد أن الاكتئاب لا يتجاوز عادة الحافة بحد ذاتها (مما يجعلك تموت سريعًا)، ولكنه يقترب كثيرًا منها، ويصل إلى لحظة الخوف تلك التي تأتيك عندما تكون قد ذهبت إلى حدٍّ خطير، عندما يحرمك الدوار من قدرتك على تحقيق التوازن تمامًا. في شلالات فيكتوريا، اكتشفنا أن الشيء الذي لا يمكن عبوره كان عبارة عن حافة تخيلية تقع على بعد مسافة قصيرة من الهاوية الحقيقية. على بعد عشرة أقدام من الانحدار الهائل، كنَّا جميعًا بحالة جيدة. على بعد خمسة أقدام منه، شعر معظمنا بالذعر. في وقت ما في الرحلة، كانت إحدى صديقاتي تلتقط صورة لي وأرادت أن تُظهر الجسر المؤدي إلى زامبيا في اللقطة. سألتني: «هل يمكنك التحرك بوصة واحدة إلى اليسار؟» اتخذت خطوة إلى اليسار، قدمًا إلى اليسار. ابتسمتُ ابتسامة لطيفة محفوظة هناك في الصورة، ثم قالت هي بعد لحظة: «أنت تقترب من الحافة، هيا ارجع». لقد كنت مرتاحًا تمامًا في أثناء الوقوف هناك، ثم نظرت فجأة إلى الأسفل ورأيت أنني تجاوزت حافتي الخاصة. جفَّ الدم في عروقي وشحب وجهي. سألتني صديقتي: «هل أنت بخير؟»، واقتربتْ مني ومدت يدها. كان الجرف شديد الانحدار على بعد عشر بوصات، ومع ذلك اضطررتُ إلى أن أجثو على ركبتي وأستلقي على الأرض لسحب نفسي بضعة أقدام حتى أعود إلى الأرض الآمنة مرة أخرى. أعلم أن لدي إحساسًا كافيًا بالتوازن وأنني أستطيع الوقوف بسهولة على منصة يبلغ عرضها ثماني عشرة بوصة، بل ويمكنني حتى أن أرقص قليلًا، ويمكنني القيام بذلك بشكل موثوق دون السقوط. لكن لم أستطع الوقوف بالقرب من نهر الزامبيزي.

يعتمد الاكتئاب بشكل كبير على الشعور بالشلل من الهلاك الوشيك. ما يمكنك القيام به عندما تكون على ارتفاع ست بوصات فقط فوق سطح الأرض، يصبح مستحيلًا عندما تنخفض التضاريس من حولك لألف قدم بالأدنى. يتملَّكك رعب السقوط حتى لو كان هذا الرعب هو ما قد يجعلك تسقط. ما يحدث لك في أثناء الاكتئاب أمرٌ فظيع، ولكن يبدو أنه مرتبط إلى حد كبير بما سيحدث لك. حيث تشعر، من بين أمور أخرى، أنك على وشك الموت. لن يكون الموت سيئًا للغاية، لكن العيش على حافة الموت، وهو الوضع المماثل للوقوف بالقرب من حواف التضاريس الطبيعية، أمرٌ فظيع. في حالة الاكتئاب الحاد، تكون الأيدي التي تمد يد العون بعيدة. ولا يمكنك أن تجثو على يديك وركبتيك لأنك تشعر أنه بمجرد أن تميل، حتى ولو بعيدًا عن الحافة، ستفقد توازنك وتسقط. تنطبق هنا بعض عناصر استعارة الهاوية، مثل الظلام وعدم اليقين وفقدان السيطرة. لكن إذا كنت ستسقط بالفعل إلى ما لا نهاية في الهاوية، فلن

يكون هناك أي مجال للسيطرة. ستكون خارج نطاق السيطرة تمامًا. هنا يوجد شعورٌ مرعب بأنك فقدت السيطرة عندما كنت في أمس الحاجة إليها. يستولي شعورٌ بالخطر الوشيك على اللحظة الحالية تمامًا. ويتجاوز الاكتئاب الحدَّ، عندما لا يعد بإمكانك تحقيق التوازن بعد الآن، على الرغم من وجود هامش كبير من الأمان. في حالة الاكتئاب، كل ما يحدث في الحاضر هو توقع الألم في المستقبل، والحاضر بحد ذاته لم يعد موجودًا على الإطلاق.

الاكتئاب هو حالة لا يمكن تصورها تقريبًا لأي شخص لم يعرفها. الطريقة الوحيدة للحديث عن التجربة هي من خلال سلسلة من الاستعارات من قبيل النباتات المتسلقة، والأشجار، والمنحدرات، وما إلى ذلك. إنه ليس تشخيصًا سهلًا لأنه يعتمد على الاستعارات، والاستعارات التي يختارها أحد المرضى تختلف عن تلك التي يختارها مريض آخر. وفي هذا الصدد، لم يتغير الكثير منذ أن اشتكى أنطونيو في مسرحية **تاجر البندقية**:

> *«هذا التعب يستنزفني. ولكنني متلهف إلى فهم كيف اكتسبته، ومِمَّ يتكون، وما أصوله. أحتاج إلى اكتشاف هذه التفاصيل. هذا الشعور بالحزن الخافت يسيطر عليَّ إلى حد أنني أجد صعوبة حتى في التعرف على نفسي».*

دعونا نقول الأمر بشكلٍ مباشر وصريح: نحن لا نعرف حقًّا ما الذي يُسبِّب الاكتئاب. نحن لا نعرف حقًّا ما الذي يُشكل الاكتئاب. نحن لا نعرف حقًّا لماذا قد تكون بعض العلاجات فعَّالة لعلاج الاكتئاب. نحن لا نعرف كيف وصل الاكتئاب إلينا عبر العملية التطورية. لا نعرف لماذا يصاب شخصٌ ما بالاكتئاب بسبب ظروف لا تزعج شخصًا آخر. ولا نعرف كيف سيتصرف في هذا السياق.

إن الأشخاص المحيطين بالمكتئبين يتوقعون منهم أن يستعيدوا رباطة جأشهم، فمجتمعنا ليس لديه مساحة كبيرة للكآبة. إذ إن الأزواج والآباء والأطفال والأصدقاء جميعهم عرضة للتأثر بحالة الشخص المكتئب، وبطبيعة الحالة هم لا يريدون أن يكونوا قريبين من ذلك الألم. لا يمكن لأحد أن يفعل أي شيء سوى طلب المساعدة (إذا كان بإمكانه فعل ذلك) في أدنى مستويات الاكتئاب الحاد، ولكن بمجرد تقديم المساعدة، يجب أيضًا قبولها. نود جميعًا أن يقوم بروزاك بذلك نيابةً عنا، ولكن من واقع خبرتي، فإن بروزاك لا يفعل ذلك إلا إذا ساعدناه. استمع إلى الأشخاص الذين يحبونك. آمن أنهم يستحقون العيش من أجلهم حتى عندما لا تُصدِّق ذلك. ابحث عن الذكريات التي يسلبها الاكتئاب وأسقِطها في المستقبل. كن شجاعًا، كن قويًّا، تناول حبوبك. مارس الرياضة لأنها مفيدة لك حتى لو كانت كل خطوة تزن ألف رطل. تناول الطعام حتى عندما يكون مثيرًا للاشمئزاز. على الرغم من أن هذه النصائح قد تبدو

مبتذلة، فإن الطريقة الأكثر فاعلية لمكافحة الاكتئاب هي مقاومته وعدم السماح له بأن يصبح رفيقًا مألوفًا. يجب علينا أن نمنع الأفكار المؤلمة التي تغزو عقولنا.

سأظل أخضع لعلاج الاكتئاب لفترة طويلة. أتمنى أن أتوصل يومًا ما إلى سبب حدوث ذلك. ليس لدي أي فكرة عن كيفية سقوطي في هذه الهاوية، وليس لدي أي فكرة عن كيفية ارتدادي أو سقوطي مرة أخرى، وأخرى، وأخرى. لقد عالجت الحضور -النبات المتسلق- بكل الطرق التقليدية التي أمكنني العثور عليها، ثم توصلت إلى كيفية علاج الغياب بالقدر نفسه من الجهد ولكن بشكل حدسي وغريزي مثلما تعلمت المشي أو التحدث. تعرضتُ للعديد من الهفوات الطفيفة، ثم انهيارين خطيرين، ثم راحة، ثم انهيار ثالث، ثم بضع هفوات أخرى. وبعد كل ذلك، أفعل ما يجب عليَّ فعله لتجنب المزيد من الاضطرابات. كل صباح وكل ليلة، أنظر إلى حبوب الدواء في يدي: البيضاء، الوردية، الحمراء، الفيروزية.[22] في بعض الأحيان تبدو وكأنها كتابة في يدي، وكأنها حروف هيروغليفية تقول إن المستقبل قد يكون على ما يرام وإنني يجب أن أمنح نفسي الفرصة لأن أعيش وأرى. وأحيانًا أشعر كما لو أنني أبتلع جنازتي مرتين في اليوم، لأنه دون هذه الحبوب لكنت قد رحلت منذ فترة طويلة. أذهب لرؤية معالجي النفسي مرة واحدة في الأسبوع عندما أكون في المنزل. أحيانًا أشعر بالملل من جلساتنا وأحيانًا أهتم بطريقة موضوعية تمامًا وأحيانًا أشعر بالإلهام. أعدت بناء نفسي -جزئيًّا من الأشياء التي قالها هذا الرجل- بما يكفي لأتمكن من الاستمرار في ابتلاع جنازتي بدلًا من تمثيلها. كان الأمر يتضمن الكثير من الحديث. أعتقد أن الكلمات قوية، وأنها يمكن أن تطغى على ما نخشاه عندما يبدو الخوف أكثر فظاعة من الحياة الطيبة. لقد توجهتُ، باهتمام متزايد، نحو الحب. الحب هو الطريق الآخر للتقدم للأمام. إنهم جميعًا بحاجة إلى السير معًا: الحبوب في حد ذاتها سمٌّ ضعيف، والحب سكِّين غير حاد، والبصيرة حبل ينقطع تحت وطأة سحب شديد. لكن مع قدر كبير منهم، إذا كنت محظوظًا، يمكنك إنقاذ الشجرة من النبات المتسلق.

أحبُّ هذا القرن. أود أن أمتلك القدرة على السفر عبر الزمن لأنني أحب زيارة مصر التوراتية، وإيطاليا في عصر النهضة، وإنجلترا الإليزابيثية، وأن أرى ذروة الإنكا، وألتقي سكان زيمبابوي العظمى، وأرى كيف كانت أمريكا عندما كان السكان الأصليون يسيطرون على الأرض. ولكن ليس هناك وقت آخر أفضل لأعيش فيه. أحب وسائل الراحة في الحياة العصرية. أحب تعقيد فلسفتنا. أحب الإحساس بالتحول الهائل الذي يخيم علينا في هذه الألفية الجديدة، والشعور بأننا على حافة معرفة أكثر مما عرفه الناس من قبل. يعجبني المستوى العالي نسبيًّا من التسامح الاجتماعي الموجود في البلدان التي أعيش فيها. يعجبني أنني قادرٌ على السفر حول العالم مرارًا وتكرارًا. يعجبني أن الناس يعيشون حياة أطول مما كانوا يعيشونه من قبل، وأن الوقت في صالحنا أكثر قليلًا مما كان عليه قبل ألف عام.

ومع ذلك، فإننا نواجه أزمة لا مثيل لها في بيئتنا المادية. إننا نستهلك كل شيء بوتيرة مخيفة، وندمر الأرض والبحر والجو. حيث تتعرض الغابات المطيرة للتدمير، ومحيطاتنا باتت

مليئة بالنفايات الصناعية، وتآكلت طبقة الأوزون. وأصبح عدد الناس في العالم أكبر بكثير من أي وقت مضى، وفي العام المقبل سيكون هناك المزيد، وفي العام الذي يليه سيكون هناك أكثر وأكثر. نحن نخلق مشكلات من شأنها أن تزعج الجيل القادم، والذي يليه، والذي يليه. لقد كان الإنسان يغير الأرض منذ أن شُكِّل أول سكين من الحجر، وزُرِعت البذرة الأولى على يد مزارع من الأناضول، ولكن وتيرة التغيير أصبحت الآن خارج نطاق السيطرة بشكلٍ كبير. لا أقول إن بيئتنا على وشك الهلاك، فلا أعتقد أننا على حافة نهاية العالم الآن. ولكنني على اقتناع بأنه يتعين علينا أن نتخذ الخطوات اللازمة لتغيير مسارنا الحالي إذا أردنا ألا نقود أنفسنا إلى غياهب النسيان.

ومن المؤشرات على قدرة البشرية على الصمود أننا نكتشف حلولًا جديدة لتلك المشكلات. فالعالم يمضي إلى الأمام وكذلك الأنواع الحية. أصبح سرطان الجلد أكثر انتشارًا بكثير مما كان عليه من قبل لأن الغلاف الجوي أصبح يوفر لنا حماية أقل بكثير من أشعة الشمس.[23] أستخدم في الصيف المستحضرات والكريمات التي تحتوي على مستويات عالية من عامل الحماية من الشمس (SPF)، وهي تساعد في حماية بشرتي. لقد ذهبت منذ فترة إلى طبيب الأمراض الجلدية، الذي انتزع نمشًا كبير الحجم وأرسله إلى المختبر لفحصه. إن الأطفال الذين كانوا يركضون ذات يوم على طول الشاطئ عُراة، أصبحوا الآن مدهونين بكريمات واقية. والرجال الذين كانوا يعملون دون قُمصان عند الظهيرة أصبحوا يرتدون الآن القمصان ويحاولون العثور على الظل. لدينا القدرة على التعامل مع هذا الجانب من هذه الأزمة. نحن نبتكر طرقًا جديدة، بدلًا من أن نبتعد عن ضوء الشمس تمامًا ونعيش في الظلام. لكن سواء استخدمنا منتجات الحماية من أشعة الشمس أم لا، يجب أن نحاول عدم تدمير ما تبقى. في الوقت الحالي، لا يزال هناك الكثير من الأوزون ولا يزال يقوم بعمله بشكل جيد إلى حد ما. سيكون من الأفضل للبيئة أن يتوقف الجميع عن استخدام السيارات، لكن هذا لن يحدث ما لم تتفجر أزمة هائلة. بصراحة، أعتقد أنه سيكون هناك بشر يعيشون على القمر قبل أن يكون هناك مجتمع خالٍ من السيارات. إن التغيير الجذري أمرٌ مستحيل وغير مرغوب فيه من عدة جوانب، ولكن التغيير مطلوب بالتأكيد.

يبدو أن الاكتئاب كان موجودًا منذ أن كان الإنسان قادرًا على التفكير الواعي. ربما كان الاكتئاب موجودًا حتى قبل ذلك الوقت، وأن القرود والجرذان وربما الأخطبوطات كانوا يعانونه قبل أن تجد تلك الكائنات البشرية الأولى طريقها إلى كهوفها. من المؤكد أن أعراض عصرنا لا يمكن تمييزها تقريبًا عمَّا وصفه أبقراط قبل نحو ألفين وخمسمائة عام[24]، فلا الاكتئاب ولا سرطان الجلد هما من إبداعات القرن الحادي والعشرين. لكن مثل سرطان الجلد، يعَدُّ الاكتئاب من الأمراض التي تصاعدت في الآونة الأخيرة لأسباب محددة إلى حد ما. دعونا لا نتجاهل الرسالة الواضحة للمشكلات المتصاعدة. إن نقاط الضعف التي كانت ستظل غير قابلة للاكتشاف في الحقبة السابقة تتحول الآن إلى مرض سريري كامل. علينا ألا نستفيد من الحلول الفورية

لمشكلاتنا الحالية فحسب، بل علينا أن نسعى أيضًا إلى احتواء تلك المشكلات وتجنُّب سلب عقولنا جميعًا. إن معدَّلات الاكتئاب المتصاعدة هي بلا شك نتيجة للحداثة. إن وتيرة الحياة، والفوضى التكنولوجية، واغتراب الناس عن بعضهم بعضًا، وانهيار الهياكل الأسرية التقليدية، والشعور بالوحدة، وفشل المنظومات الاعتقادية (الدينية والأخلاقية والسياسية والاجتماعية، أي شيء بدا وكأنه يعطي معنى للحياة ذات مرة) كان كارثيًّا. ولحسن الحظ، فقد استحدثنا أنظمة للتعامل مع المشكلة. لدينا الآن أدوية تعالج الاضطرابات العضوية، وعلاجات تعالج الاضطرابات العاطفية الناجمة عن الأمراض المزمنة. يُشكِّل الاكتئاب تكلفة متزايدة لمجتمعنا، لكنه ليس مدمرًا، إذ لدينا المُعادل النفسي لواقيات الشمس وقُبعات البيسبول والظل.

ولكن هل لدينا ما يعادل الحركة البيئية، ونظام لاحتواء الضرر الذي نُلحِقه بطبقة الأوزون الاجتماعية؟ إن وجود علاجات لا ينبغي أن يجعلنا نتجاهل المشكلة التي نعالجها. نحن في الواقع ينبغي أن نكون مرعوبين من الإحصائيات. فما الذي يجب عمله؟ في بعض الأحيان يبدو أن معدل المرض وعدد العلاجات يتنافسان لمعرفة أيهما يمكن أن يتفوق على الآخر. قليل منا يريد، أو يستطيع، أن يتخلى عن حداثة الفكر مثلما لا نريد أن نتخلى عن حداثة الوجود المادي. ولكن يجب علينا أن نبدأ الآن في القيام بأشياء صغيرة لخفض مستوى التلوث الاجتماعي والعاطفي. يجب أن نبحث عن الإيمان (في أي شيء: الله أو النفس أو الآخرين أو السياسة أو الجمال أو أي شيء آخر). ويتعين علينا أن نساعد التعساء الذين تقوض معاناتهم الكثير من بهجة العالم. يجب علينا أن نمارس الحب، وأن نغرسه أيضًا. يجب علينا تحسين الظروف التي تؤدي إلى مستويات عالية من التوتر والضغط النفسي لدينا بشكل مرعب. وعلينا أن نواجه العنف، وربما تمثيلاته أيضًا. هذا ليس اقتراحًا حالمًا. إنه أمرٌ ملح مثل دعاوى إنقاذ الغابات المطيرة.

في مرحلة ما؛ مرحلة لم نصل إليها تمامًا ولكن أعتقد أننا سنصل إليها قريبًا، سيبدأ مستوى الضرر في أن يصبح أكثر فظاعة من التقدم الذي نقايضه بهذا الضرر. لن تكون هناك ثورة، ولكن ربما ستظهر أنواع مختلفة من المدارس، ونماذج مختلفة من الأسرة والمجتمع، وعمليات مختلفة للمعلومات. إذا أردنا أن نستمر على الأرض، علينا أن نفعل ذلك. سوف نوازن بين علاج المرض وتغيير الظروف التي تسببه. سوف نتطلع إلى الوقاية بقدر العلاج. ومع الوقت، كما آمل، سننقذ الغابات المطيرة على هذه الأرض، وطبقة الأوزون، والأنهار والجداول، والمحيطات؛ وآمل أيضًا أن ننقذ عقول وقلوب الأشخاص الذين يعيشون هنا. ثم سنكبح خوفنا المتصاعد من شياطين الظهيرة: قلقنا واكتئابنا.

يعيش شعب كمبوديا في ظلال مأساة سحيقة. خلال السبعينيات، أسَّس الثوري بول بوت دكتاتورية ماوية في كمبوديا تحت اسم الخمير الحمر. وتلى ذلك سنوات من الحرب الأهلية الدامية، قُتل خلالها أكثر من 20% من السكان.[25] انمحت النخبة المتعلمة، ونُقِل الفلاحون من مكان إلى آخر، ثم نُقل بعضهم إلى زنازين السجون حيث تعرضوا للسخرية والتعذيب؛

وعاشت البلاد بأكملها في خوفٍ دائم. من الصعب وضع الحروب في ترتيب من حيث فظاعتها -رغم أن الفظائع الأخيرة في رواندا كانت مروعة بشكل خاص- ولكن من المؤكد أن فترة بول بوت كانت فظيعة بقدر أي وقت مضى في أي مكان في التاريخ الحديث. فكِّر فيما يمكن أن يحدث لمشاعرك عندما ترى ربع شعبك يُقتَلون؛ عندما تعيش في ظل ظروفٍ قاسية من نظام وحشي؛ عندما تقاتل ضد الصعاب لإعادة بناء أمة مُدمَّرة؟ كنت أتمنى أن أرى ما قد يحدث للمشاعر بين مواطني أي دولة عندما يتحملون جميعًا مثل هذه الضغوط المؤلمة، ويعيشون في فقرٍ مدقع، ولا يملكون أي موارد تقريبًا، ولا تُتاح لهم سوى فرصة ضئيلة للتعليم أو العمل. كان يمكنني اختيار مواقع أخرى للعثور على المعاناة، لكنني لم أرغب في الذهاب إلى بلد في حالة حرب، لأن سيكولوجية اليأس في زمن الحرب عادة ما تكون محمومة، في حين أن اليأس الذي يتبع الدمار يكون أكثر خدرًا وشمولًا. كمبوديا ليست بلدًا قاتلت فيه الفصائل بوحشية ضد بعضها بعضًا؛ إنها بلدٌ كان فيه الجميع في حالة حرب ضد الجميع، حيث قُضي على كل آليات المجتمع بالكامل، ولم يبقَ فيه حب، ولا خير، ولا شيء صالح لأحد.

الكمبوديون بشكل عام لطيفون وودودون حتى مع الأجانب الذين يزورونهم. معظمهم يتحدثون بلطف وأسلوب جذاب. من الصعب تصديق أن هذا البلد الجميل هو البلد الذي وقعت فيه فظائع بول بوت. كل من التقيتهم كان لديهم تفسير مختلف لكيفية حدوث ذلك هناك، ولكن لم يكن أيٌّ من هذه التفسيرات منطقيًّا، تمامًا كما لم يكن أيٌّ من تفسيرات الثورة الثقافية أو الستالينية أو النازية منطقيًّا. تحدث هذه الأشياء أحيانًا للمجتمعات، ومن الممكن أن نفهم لماذا كانت إحدى الأمم مُعرضة بشكل خاص لها؛ ولكن معرفة جذور مثل هذه السلوكيات تظل عصية على الفكر البشري. إن النسيج الاجتماعي دائمًا ما يكون رقيقًا جدًّا، ولكن من المستحيل معرفة كيف يتبخر تمامًا كما حدث في هذه المجتمعات. وقد أخبرني السفير الأمريكي هناك أن المشكلة الكبرى التي يواجهها شعب الخمير هي أن المجتمع الكمبودي التقليدي لا يملك آلية سلمية لحل النزاعات؛ فعلى حد قوله: «إذا كانت لديهم خلافات، فعليهم إنكارها وقمعها بالكامل، أو عليهم أن يُشهِروا السكاكين ويتقاتلوا». قال أحد الأعضاء الكمبوديين في الحكومة الحالية إن الشعب كان خاضعًا لمَلَكية مطلقة لسنوات عديدة ولم يفكر في محاربة السلطة إلا بعد فوات الأوان. سمعت ما لا يقل عن اثنتي عشرة قصة أخرى، وما زلت متشككًا ولا أعرف أين الحقيقة.

خلال المقابلات التي أجريتها مع الأشخاص الذين عانوا الفظائع على أيدي الخمير الحمر، وجدت أن معظمهم يُفضِّلون التطلع إلى الأمام وعدم تذكُّر الماضي. ولكن عندما ألحُّ عليهم للحديث عن تاريخهم الشخصي، فإنهم ينزلقون إلى زمن الماضي الحزين. وكانت القصص التي سمعتها غير إنسانية ومرعبة. لقد عانى كل شخص بالغ التقيته في كمبوديا صدماتٍ نفسية نتيجة أحداثٍ خارجية كانت ستدفع معظمنا إلى الجنون أو الانتحار. وما عانوه في

عقولهم كان على مستوى آخر من الرعب. لقد ذهبتُ إلى كمبوديا لكي أشعر بآلام الآخرين وأدرك كم قد تفوق آلامنا، وقد أدركت ذلك تمامًا.

قبل خمسة أيام من مغادرتي البلاد، التقيت فالي نون، التي كانت مرشحة في وقتٍ ما لجائزة نوبل للسلام، التي أنشأت دارًا للأيتام ومركزًا للنساء المصابات بالاكتئاب في بنوم بنه عاصمة كمبوديا. وقد حققت نجاحًا مذهلًا في إنعاش النساء اللاتي يعانين اضطرابات نفسية شديدة كان يعجز الأطباء الآخرون عن التعامل معها. في الواقع، كان نجاحها هائلًا للغاية لدرجة أن كل مَن يعمل في دار الأيتام التابعة لها أصبح بالكامل تقريبًا من النساء اللاتي ساعدتهن، واللائي شكّلن مجتمعًا كريمًا حولها. يُقال إنك إذا أنقذت النساء، فإنهن بدورهن سينقذن الأطفال، ومن ثم من خلال سلسلة من التأثيرات يمكن لشخص واحد أن ينقذ البلاد.

التقينا في غرفة صغيرة في مبنى قديم بالقرب من وسط بنوم بنه. بينما جلستْ هي على كرسي في جانب الغرفة، جلستُ أنا على أريكة صغيرة في الجهة المقابلة. كان يبدو من عينيها ونظراتها الثاقبة أنها تستطيع أن ترى ما بداخلك في الحال، بينما لاتزال تُرحِّب بك. ومثل معظم الكمبوديين، فهي صغيرة الحجم نسبيًّا وفقًا للمعايير الغربية. وكان شعرها، ذو الخصلات الرمادية، مسحوبًا ومعقودًا خلف رأسها مما أضفى عليه قدرًا من الصلابة. في أثناء حديثنا، كانت أحيانًا تصبح عدوانية أو حادة عند توضيح نقطة ما، لكنها أيضًا خجولة، وتبتسم وتنظر إلى الأسفل عندما لا تتحدث.

بدأنا بقصتها الخاصة. في أوائل السبعينيات، عملت فالي نون في وزارة الخزانة وغرفة التجارة الكمبودية كاتبة على الآلة الكاتبة وسكرتيرة. وفي عام 1975، عندما سقطت بنوم بنه في أيدي بول بوت والخمير الحمر، أُخِذت من منزلها مع زوجها وأطفالها. أُرسِل زوجها إلى مكان غير معروف لها، ولم يكن لديها أي فكرة عما إذا كان قد أُعدم أم لايزال على قيد الحياة. عُينت للعمل في الريف كعاملة حقلية مع ابنتها البالغة من العمر اثني عشر عامًا وابنها البالغ من العمر ثلاثة أعوام وطفلها حديث الولادة. وكانت الظروف فظيعة والطعام شحيحًا، لكنها عملت جنبًا إلى جنب مع زملائها، بينما لا تخبرهم أبدًا بأي شيء، ولا تبتسم أبدًا، إذ كما تقول: «لم يكن يبتسم أحدٌ منا أبدًا، لأننا كنا نعلم أننا قد نُقتل في أي لحظة». وبعد بضعة أشهر، نُقِلت هي وعائلتها إلى مكان آخر. في أثناء النقل، ربطتها مجموعة من الجنود إلى شجرة وجعلوها تراقب ابنتها وهي تتعرض للاغتصاب الجماعي ومن ثم القتل. وبعد أيام قليلة جاء دور فالي نون. أُحضِرت مع بعض زملائها العمال إلى حقل خارج المدينة. ثم قيدوا يديها خلف ظهرها وربطوا ساقيها معًا. وبعد إجبارها على الركوع، ربطوها بقضيب من الخيزران، وجعلوها تنحني إلى الأمام فوق حقل موحل، مما أدى إلى توتر وانقباض ساقيها وإلا كانت ستفقد توازنها. وكانت الفكرة هي أنها عندما تسقط أخيرًا من الإرهاق، فإنها ستسقط في الوحل، وستغرق فيه، غير قادرة على الحركة. ظل ابنها البالغ من العمر ثلاثة أعوام يصرخ

ويبكي بجانبها. كما رُبِط ابنها الرضيع بها حتى يغرق في الوحل عندما تسقط؛ أي إن فالي نون ستكون قاتلة طفلها.

قالت فالي نون كذبة. قالت إنها عملت، قبل الحرب، لدى أحد الأعضاء رفيعي المستوى في الخمير الحمر، وإنها كانت عشيقته، وإنه سيغضب إذا قُتِلت. نجا عددٌ قليلٌ من الناس من حقول القتل، لكن الضابط الذي ربما صدَّق قصة فالي نون قال في النهاية إنه لم يستطع تحمل صوت صراخ أطفالها وإن الرصاص كان باهظ الثمن للغاية بحيث لا يمكن إهداره في قتلها بسرعة، ففك قيودها وأخبرها أن تركض. حملت رضيعها في إحدى ذراعيها وطفلها البالغ من العمر ثلاثة أعوام في اليد الأخرى، واندفعت إلى عمق الغابة في شمال شرق كمبوديا. مكثت في الغابة ثلاث سنوات وأربعة أشهر وثمانية عشر يومًا. لم تنم مرتين في المكان نفسه. وفي أثناء تجوالها، كانت تقطف أوراق الشجر وتحفر الأرض بحثًا عن الجذور لإطعام نفسها وأبنائها، ولكن كان من الصعب العثور على الطعام، وكثيرًا ما كان الآخرون الأقوياء ممَّن يبحثون عن الطعام أيضًا يجرِّدون الأرض. بدأت تعاني سوء التغذية الشديد وتضعف. وسرعان ما جف حليب ثديها، ومات الرضيع الذي لم تستطع إطعامه بين ذراعيها. وبالكاد تمكَّنت هي وطفلها المتبقي من الصمود في الحياة وتمكَّنا من اجتياز فترة الحرب.

بحلول الوقت الذي كانت تُخبرني فيه فالي نون بذلك، كنا قد تركنا مقاعدنا وجلسنا على الأرض، وكانت تبكي بينما يتأرجح جسدها للأمام والخلف، بينما كنت أجلس وركبتي تحت ذقني وأضع يدي على كتفها في محاولة يائسة لمواساتها ودعمها. وتابعتْ سردها هامسةً. بعد انتهاء الحرب، وجدت زوجها الذي كان قد تعرض للضرب المبرح على رأسه ورقبته، مما أدى إلى حدوث عجزٍ عقلي كبير لديه. وُضِعت هي وزوجها وابنها في مخيم حدودي بالقرب من تايلاند، حيث يعيش آلاف الأشخاص في خيامٍ مؤقتة. وقد تعرضوا للاعتداء الجسدي والجنسي من قِبل بعض العمال في المخيم، لكن ساعدهم آخرون. كانت فالي نون واحدة من الأشخاص المتعلمين الوحيدين هناك، ولأنها تعرف بعض اللغات الأجنبية، كان بإمكانها التحدث إلى عمال الإغاثة. أصبحت جزءًا مهمًّا من حياة المخيم، وحصلت هي وعائلتها على كوخ خشبي يعتبر رفاهية نسبية. تتذكر قائلة: «لقد ساعدت في بعض المهام في ذلك الوقت. طوال الوقت الذي كنت أتجول فيه، كنت أرى نساءً في حالة سيئة للغاية، ويبدو أن العديد منهن كن مشلولات، لا يتحركن، لا يتحدثن، لا يأكلن أو يعتنين بأطفالهن. رأيت أنه على الرغم من أنهن نجون من الحرب، فإنهن سيمُتن الآن بسبب اكتئابهن، وضغط ما بعد الصدمة الذي يصيبهن بالعجز التام». قدمت فالي نون طلبًا خاصًّا إلى عمال الإغاثة وأقامت كوخًا لها في المخيم كمركز للعلاج النفسي.

استخدمت الطب الكمبودي التقليدي (الذي يشمل علاجات تتكون بنسب مختلفة من أكثر من مائة عشبة وورقة نبات) كخطوة أولى. وإذا لم ينجح ذلك أو لم يعمل بشكل جيد بما فيه الكفاية، تستخدم الطب الغربي إذا كان متاحًا، كما كان يحدث في بعض الأحيان. تقول: «كنت

أخفي أي مضادات للاكتئاب يمكن أن يجلبها عمال الإغاثة، وأحاول الحصول على ما يكفي لأسوأ الحالات». كانت تأخذ مرضاها للتأمل، وتحتفظ في منزلها بضريح بوذي أمامه زهور. كانت تحاول حثَّ النساء على التحدث. في البداية كانت تستغرق نحو ثلاث ساعات حتى تجعل كل امرأة تحكي قصتها. ثم تقوم بزيارات منتظمة لهن بعد ذلك لمحاولة الحصول على المزيد من تفاصيل القصة، حتى تحصل أخيرًا على الثقة الكاملة من المرأة المكتئبة. توضِّح قائلة: «كان عليَّ أن أعرف تلك القصص، لأنني أردت أن أفهم على وجه التحديد ما يتعين على كل واحدة منهن التغلب عليه».

وبمجرد الانتهاء من هذه الخطوة، فإنها تنتقل إلى نظام محدد أنشأته. تقول: «كنت آخذ الأمر في ثلاث خطوات. أولًا، أعلمهن أن ينسين. لدينا تمارين نقوم بها كل يوم، حتى يتمكنَّ كل يوم من نسيان المزيد من الأشياء التي لن ينسينها تمامًا. خلال هذا الوقت، أحاول إلهاءهن بعزف الموسيقى أو بالتطريز، أو بالحفلات الموسيقية، أو بساعة عرضية من مشاهدة التلفاز، أو بأي شيء قد ينجح؛ بأي شيء يخبرنني أنهن يحببنه. كان الاكتئاب موجودًا تحت الجلد، يقبع تحت سطح الجسم مباشرة، ولا نستطيع إخراجه؛ ولكن يمكننا أن نحاول أن ننساه على الرغم من وجوده هناك».

«عندما تصفى أذهانهن مما نسينه، وعندما يتعلمن النسيان جيدًا، أعلمهن العمل. وأيًّا كان نوع العمل الذي يردن القيام به، كنت أجد طريقة لتعليمهن إياه. البعض منهن يتدرب فقط على تنظيف المنازل، أو رعاية الأطفال. ويتعلم البعض الآخر مهارات يمكنهن استخدامها مع الأيتام، ويبدأ البعض في مهنة حقيقية. كان يجب أن يتعلمن القيام بهذه الأشياء بشكل جيد وأن يفخرن بها».

«وبعد أن يتقن العمل، أخيرًا أعلمهن الحب. لقد بنيت كوخًا بسيطًا وجعلته حمام بخار، والآن في بنوم بنه لدي واحد مماثل أستخدمه، وهو أفضل قليلًا. آخذهن إلى هناك حتى يصبحن نظيفات، وأعلمهن كيفية تجميل الأظفار وعمل الباديكير لبعضهن بعضًا وكيفية الاعتناء بأنفسهن، لأن القيام بذلك يجعلهن يشعرن بالجمال، وهن يتُقن لأن يشعرن بالجمال. كما أنه يجعلهن على اتصال بأجساد الآخرين ويجعلهن يستخدمن أجسادهن لرعاية الآخرين. إنه ينقذهن من العزلة الجسدية التي تعتبر معاناة معتادة بالنسبة إليهن، التي تؤدي إلى العزلة العاطفية. وبينما يغتسلن ويضعن طلاء الأظفار معًا، يبدأن في التحدث معًا، وشيئًا فشيئًا يتعلمن الثقة ببعضهن بعضًا، وفي نهاية الأمر كله، يتعلمن كيفية تكوين صداقات، بحيث لا يصبحن أبدًا وحيدات مرة أخرى. لقد بدأن في رواية قصصهن -التي لم يكنَّ قد روينها لأحد غيري- لبعضهن بعضًا».

أرتني فالي نون فيما بعد أدوات عملها كطبيبة نفسية: الزجاجات الصغيرة ذات اللون البني، وغرفة البخار، والعصي لتدليك البشرة، وألواح الصنفرة، والمناشف. لقد وجدتُ أنه

من المثير للاهتمام كيف يبدو أن التزيين والعناية الجسدية، وهما شكل أساسي من أشكال التفاعل الاجتماعي بين الرئيسيات، لهما دور طبيعي ومهم في التنشئة الاجتماعية البشرية. أخبرتها أنني أعتقد أنه من الصعب تعليم أنفسنا أو الآخرين كيفية النسيان، وكيفية العمل، وكيفية الحب، لكنها قالت إن الأمر ليس معقدًا للغاية إذا تمكَّنت من القيام بهذه الأشياء الثلاثة بنفسك. أخبرتني كيف أن النساء اللاتي عالجتهن أصبحن مجتمعًا، وعن مدى حسن تعاملهن مع الأيتام الذين يعتنين بهم.

قالت لي بعد صمت طويل: «هناك خطوة أخيرة. في النهاية، أعلِّمهن الشيء الأكثر أهمية. أعلمهن أن هذه المهارات الثلاث -النسيان والعمل والحب- ليست ثلاث مهارات منفصلة، ولكنها جزء من كلٍّ واحد هائل، وأن ممارسة هذه الأشياء معًا، كل منها كجزء من الأخرى، هو الذي يحدث فرقًا. إن ذلك هو أصعب شيء يمكن نقله للآخرين، لكنهن جميعًا يفهمنه، وعندما يفهمن، فإنهن حينها يكنَّ جاهزات للخروج إلى العالم مرة أخرى».

يوجد الاكتئاب الآن كظاهرة شخصية واجتماعية، ولعلاجه، يجب على المرء أن يفهم تجربة الانهيار، وطريقة عمل الأدوية، والأشكال الأكثر شيوعًا للعلاج بالكلام (التحليل النفسي، والعلاج النفسي بين الأشخاص، والعلاج المعرفي). إن التجربة معلم جيد وقد جُرِّبت واختُبِرت العلاجات السائدة؛ لكن العديد من العلاجات الأخرى، من عشبة القديس يوحنا إلى الجراحة النفسية، تحمل نتائج واعدة إلى حد معقول؛ على الرغم من أن الشعوذة والخرافات موجودة هنا أكثر من أي مجال آخر من مجالات الطب. يتطلب العلاج الذكي فحصًا دقيقًا لمجموعات وفئات محددة من الأشخاص، فالاكتئاب له أشكال مختلفة خاصة بالأطفال وكبار السن بل وحتى لكل جنس. ويُشكِّل متعاطو المخدرات فئة فرعية كبيرة خاصة بهم. ويعتبر الانتحار بأشكاله المتعددة أحد مضاعفات الاكتئاب. لذا من المهم أن نفهم كيف يمكن أن يصبح الاكتئاب قاتلًا.

تساعدنا هذه التجارب والملاحظات الشخصية على فهم كيفية تأثير الاكتئاب على الكثير من الأشخاص وانتشاره في المجتمع والحديث عنه. من المألوف أن ننظر إلى الاكتئاب باعتباره شكوى حديثة، وهذا خطأ فادح، تساعد مراجعة التاريخ النفسي في توضيحه. ومن المألوف أيضًا التفكير في شكاوى الاكتئاب على أنها خاصة بالطبقة المتوسطة إلى حد ما وأنها متسقة إلى حد ما في مظاهرها. هذا ليس صحيحًا. فمن خلال النظر إلى الاكتئاب بين الفقراء، يمكننا أن نرى أن التابوهات الاجتماعية والأحكام السابقة تمنعنا من مساعدة الفئات التي تتقبل هذه المساعدة. إن مشكلة الاكتئاب بين الفقراء تؤدي بطبيعة الحال إلى سياسات محددة. فنحن من خلال تشريعاتنا مَن نمنح أفكار المرض والعلاج الوجود، أو نحرمها منه.

إن الاعتبارات البيولوجية ليست قدَرًا. فهناك طرق لعيش حياة طيبة مع الاكتئاب. في الواقع، يمكن للأشخاص الذين يتعلمون من اكتئابهم أن يكتسبوا عمقًا أخلاقيًّا معينًا من هذه التجربة، وهذا هو الشيء الذي يوجد في أسفل صندوق البؤس الخاص بهم. هناك طيف

عاطفي أساسي لا يمكننا ولا ينبغي لنا الهروب منه، أعتقد أن الاكتئاب موجود في هذا الطيف، ولا يقع بالقرب من الحزن فحسب، بل بالقرب من الحب أيضًا. في الواقع، أعتقد أن كل المشاعر القوية مترابطة، وأن كل واحد منها معتمد على ما نعتقد عادة أنه نقيضه. لقد تمكَّنت في الوقت الحالي من احتواء العجز الذي يسببه الاكتئاب، لكن الاكتئاب نفسه يعيش إلى الأبد في شيفرة عقلي. إنه جزءٌ مني. إن شنَّ حرب على الاكتئاب يعني محاربة الذات، ومن المهم معرفة ذلك قبل خوض أي معارك. أعتقد أنه لا يمكن القضاء على الاكتئاب إلا من خلال تقويض الآليات العاطفية التي تجعلنا بشرًا. ينبغي أن يتقدم العلم والفلسفة بحذر وأن يتعاملا مع الأمر بأنصاف الحلول.

كتب الشاعر أوفيد ذات مرة يقول: «رحِّب بهذا الألم، لأنك سوف تتعلم منه».[26] من الممكن (على الرغم من أنه غير مرجح في الوقت الحالي) أن نتمكن من تحديد موقع دوائر المعاناة في الدماغ والتحكم فيها والقضاء عليها كيميائيًّا. آمل ألا نفعل ذلك أبدًا. إن إزالتها ستكون بمنزلة تسطيح للتجربة الإنسانية، وإزالة تعقيد أكثر قيمة من أي جزء من مكوناته المؤلمة. إذا كان بإمكاني رؤية العالم في تسعة أبعاد الآن، فأنا على استعداد لأن أدفع ثمنًا باهظًا لأقوم بذلك. سأُفضِّل أن أعيش إلى الأبد في ضباب الحزن بدلًا من التخلي عن القدرة على الألم. لكن الألم ليس اكتئابًا حادًّا؛ فالمرء يُحِب ويُحَب حتى في خضم الألم الشديد، وتستمر الحياة في النبض ضمن هذه التجارب. فقط الاكتئاب المميت هو الذي حاولت إزالته من حياتي؛ وقد كتبتُ هذا الكتاب كشهادة على كفاحي في مقاومة الهلاك.

الفصل الثاني

الانهيارات

لم أعانِ الاكتئاب إلا بعد أن حللت مشكلاتي إلى حدٍّ كبير. كانت قد تُوفيت والدتي قبل ذلك بثلاث سنوات وبدأت أتأقلم مع الأمر؛ وكنت أنشر روايتي الأولى؛ وكنت أنسجم مع عائلتي؛ وخرجت سليمًا من علاقة عميقة استمرت لمدة عامين؛ واشتريت منزلًا جديدًا جميلًا؛ وكنت أكتب لصحيفة نيويوركر. وحينها جاء الاكتئاب متسللًا وأفسد كل شيء، وشعرت أنه لا يوجد أي مبرر له في ظل هذه الظروف. إن الشعور بالاكتئاب عندما تتعرض لصدمة أو عندما تكون حياتك في حالة من الفوضى هو شيء، ولكن أن يُداهمك الاكتئاب بعد أن تكون قد تخلصت من الصدمات وحياتك هانئة هو أمر مربك ومزعزع للاستقرار بشكل كبير. بالطبع أنت تدرك الأسباب العميقة: الأزمة الوجودية الدائمة، والأحزان المنسية من طفولة بعيدة، والأخطاء الطفيفة التي ارتُكِبت بحق الأشخاص الذين ماتوا الآن، وفقدان بعض الصداقات بسبب إهمالك، وحقيقة أنك لست تولستوي، وغياب الحب المثالي في هذا العالم، ودوافع الجشع وعدم المحبة التي تغشى القلب. لكن الآن، في أثناء استعراضي لهذه القائمة، أعتقد أن اكتئابي كان حالة عقلانية وكذلك حالة غير قابلة للشفاء.

لم أعش، في بعض النواحي المادية الحاسمة، حياة صعبة. معظم الناس كانوا سيسعدون للغاية إذا حظوا بالفرص والظروف التي منحتها الحياة لي منذ البداية. لقد مررت بأوقات سعيدة وتعيسة، وفقًا لمعاييري الخاصة، لكن الأوقات التعيسة ليست كافية لتفسير ما حدث لي. لو كانت حياتي أكثر صعوبة، لكنت فهمت اكتئابي بشكل مختلف تمامًا. في الواقع، عشت طفولة سعيدة إلى حد ما مع والديَّ اللذين أحباني بسخاء، وأخ أصغر كانا يحبانه أيضًا والذي

كانت علاقتي به جيدة بشكل عام. لقد كنا عائلة متماسكة بما فيه الكفاية لدرجة أنني لم أتخيل مطلقًا حدوث طلاق مثلًا أو معركة حقيقية بين والديَّ، اللذين كانا يحبان بعضهما بعضًا كثيرًا بالفعل؛ وعلى الرغم من أنهما كانا يتجادلان من وقتٍ لآخر حول هذا أو ذاك، فإنهما لم يُشككا قط في إخلاصهما المطلق لبعضهما بعضًا ولأخي ولي. لقد كان لدينا دائمًا ما يكفي للعيش بشكل مريح. لم يكن لدي الكثير من الأصدقاء في المدرسة الابتدائية أو في المدرسة الإعدادية، ولكن بحلول نهاية المرحلة الثانوية كانت لدي دائرة من الأصدقاء الذين كنت سعيدًا بهم إلى حد ما. كما كانت حياتي الدراسية جيدة دومًا.

كنت خجولًا إلى حدٍّ ما في طفولتي، وأخشى الرفض في المواقف العلنية أو المكشوفة للغاية؛ ولكن مَن ليس كذلك؟ بحلول الوقت الذي كنت فيه في المدرسة الثانوية، كنت أمرُّ بحالات مزاجية غير مستقرة في بعض الأحيان، التي، مرة أخرى، تبدو عادية ومألوفة بالنسبة إلى مرحلة المراهقة. في إحدى الفترات، في الصف الحادي عشر، أصبحت على قناعة بأن المبنى الذي كنت أذهب إليه لحضور الصفوف (الذي ظل قائمًا لمدة مائة عام تقريبًا) سوف ينهار، وأتذكر بوضوح أنني اضطررت إلى حشد شجاعتي لمواجهة هذا القلق الغريب يومًا بعد يوم. كنت أعلم أن الأمر غريب وشعرت بالارتياح عندما رحل هذا الشعور بعد شهر تقريبًا.

ثم ذهبت إلى الكلية، حيث كنت سعيدًا للغاية، وحيث التقيت العديد من الأشخاص الذين هم أقرب أصدقائي حتى يومنا هذا. لقد درست ولعبت بجد وعرفت مجموعة من المشاعر الجديدة واتَّسع نطاق فكري. في بعض الأحيان عندما كنت وحيدًا، كنت أشعر فجأة بالعزلة، ولم يكن هذا الشعور مجرد حزن لكوني وحيدًا، بل خوفًا. كان لدي العديد من الأصدقاء، وعندما كنت أذهب لزيارة أحدهم، عادةً ما كنت أتشتت بسبب ضيقي. كانت هذه مشكلة عرضية وليست مُعيقة. واصلت الدراسة وحصلت على درجة الماجستير في إنجلترا، وعندما انتهيت من دراستي، انتقلت بسلاسة نسبيًّا إلى مهنة الكتابة. مكثت في لندن لبضع سنوات. كان لدي الكثير من الأصدقاء، وبعض المداعبات مع الحب. ومن نواحٍ عديدة، ظل كل ذلك على حاله تقريبًا. لقد عشت حياة جيدة حتى الآن، وأنا ممتن لذلك.

عندما تُصاب بالاكتئاب الشديد، فإنك تميل إلى النظر إلى الوراء بحثًا عن جذوره. تتساءل من أين أتى، وما إذا كان موجودًا دائمًا، تحت السطح مباشرة، أو ما إذا كان قد أصابك فجأة مثل التسمم الغذائي. منذ الانهيار الأول، أمضيت شهورًا في التفكير في الصعوبات المبكرة. لقد كانت ولادتي مقعدية، وقد ربط بعض الكُتاب الولادة المقعدية بالصدمة المبكرة. كنت أعاني صعوبات في النطق والقراءة، على الرغم من أن والدتي، التي أدركت المشكلة في وقت مبكر، بدأت تعلمني طرق التعامل معها عندما كنت في الثانية من عمري فقط، ولم يُشكِّل ذلك عائقًا خطيرًا بالنسبة لي. عندما كنت طفلًا صغيرًا، كنت أتحدث جيدًا، ولكن كلامي كان يفتقر إلى التنظيم. عندما طلبتُ من والدتي تحديد الصدمة الأولى التي تعرضت لها، قالت إن المشي لم يكن سهلًا بالنسبة لي، وإنه على الرغم من أن كلامي بدا وكأنه لم يتطلب أي

جهد على الإطلاق، فإن التحكم الحركي والتوازن كانا متأخرين وغير كاملين. قيل لي إنني كنت أسقط كثيرًا، وإنني لم أكن أحاول الوقوف منتصبًا إلا بتشجيع كبير. ساهم افتقاري إلى النشاط البدني الرياضي لاحقًا في قلة شعبيتي في المدرسة الابتدائية. بطبيعة الحال، كان عدم قبولي بين زملائي أمرًا محبِطًا، لكن كان لدي دائمًا عدد قليل من الأصدقاء، وكنت دائمًا أحب البالغين، الذين أحبوني أيضًا.

لدي العديد من الذكريات الغريبة والفوضوية من طفولتي المبكرة، وجميعها تقريبًا سعيدة. أخبرني أحد المحللين النفسيين الذي ذهبت إليه ذات مرة أن تسلسلًا خافتًا من الذكريات المبكرة التي لم أستطع فهمها جيدًا يوحي له بأنني تعرضت ذات مرة لاعتداء جنسي في أثناء طفولتي. من المؤكد أن هذا ممكن، لكنني لم أتمكن قط من تكوين ذاكرة مُقنعة عنه أو تقديم أدلة أخرى. إذا حدث شيءٌ ما من هذا القبيل، فلا بد أنه حدث بلا عنف إلى حد ما، لأنني كنت طفلًا يُفحَص كثيرًا، وكان من الممكن ملاحظة أي كدمة أو مشكلة في جسدي. أتذكر أنني ذات مرة في المعسكر الصيفي عندما كنت في السادسة من عمري، تغلَّب عليَّ الخوف فجأة وبشكل غير معقول. أستطيع أن أرى ذلك بوضوح حتى الآن: ملعب التنس أمامي، وقاعة الطعام على يميني، وعلى بعد نحو خمسين قدمًا، شجرة البلوط الكبيرة التي كنا نجلس تحتها لسماع القصص. وفجأة لم أستطع التحرك. غمرني يقينٌ بأن شيئًا فظيعًا سيحدث لي، الآن أو لاحقًا، وأنني ما دمت على قيد الحياة، فلن أكون حرًّا. الحياة، التي كانت تبدو حتى ذلك الحين وكأنها سطح صلب أقف عليه، أصبحت فجأة لينة ومستسلمة، وبدأت في السقوط من خلالها. كنت إذا بقيت ساكنًا، أشعر أنني على ما يرام، ولكن بمجرد أن أتحرك، أستشعر الخطر مرة أخرى. بدت الخطوة التي سأتخذها سواء اتجهت يسارًا أو يمينًا أو إلى الأمام مهمة للغاية، لكنني لم أكن أعرف أي اتجاه سينقذني، على الأقل حينها. لحسن الحظ، جاء أحد المدربين وأخبرني أن أسرع، لأنني تأخرت عن السباحة، وانتشلني من تلك الحالة، لكنني ظللت أتذكر تلك المشاعر لفترة طويلة وتمنَّيت ألا يعود الأمر مرة أخرى.

أعتقد أن هذه الأشياء عادية بالنسبة إلى الأطفال الصغار. إن القلق الوجودي بين البالغين، على الرغم من أنه قد يكون مؤلمًا، فإنه عادة ما يأتي مع وعي ذاتي. لكن الإدراك الأوَّلي لضعف الإنسان وحقيقة الموت لدى الأطفال يمكن أن يكون مُربكًا بل ومدمرًا. لقد شهدتُ هذه المشاعر في أبنائي وابن أخي. سيكون من السخافة أن أقول إنه في يوليو من عام 1969، في ذلك المعسكر، أدركت أنني سأموت يومًا ما، لكنني أدركت، دون سبب واضح، ضعفي بشكل عام، وحقيقة أن والديَّ لا يتحكمان في العالم وكل ما يحدث فيه، وأنني لن أتمكن أبدًا من السيطرة عليه أيضًا. إن ذاكرتي ضعيفة بشكلٍ عام، وبعد تلك الحادثة في المعسكر أصبحت خائفًا مما يضيع عبر الزمن، وكنت أرغب في الاستلقاء على السرير ليلًا محاولًا تذكُّر الأشياء التي حدثت في يومي حتى أتمكن من الاحتفاظ بها. كنت أقدِّر بشكل خاص قبلات والديَّ

قبل النوم، وأنام ورأسي على منديل يلتقطها إذا سقطتْ عن وجهي، حتى أتمكَّن من إمساكها وحفظها إلى الأبد.

في المدرسة الثانوية، بدأت أعاني مع المسائل الجنسية، وكانت واحدة من أكثر القضايا العاطفية تحديًا في حياتي. ولتجنُّب التعامل مع هذا الأمر، دفنت هذه المشاعر خلف تفاعلاتي الاجتماعية، وساعدتني هذه الاستراتيجية في النجاح والوصول إلى الكلية. مررت بسنوات من عدم اليقين، وتاريخ طويل من الانخراط في علاقات، وقد أدى ذلك إلى تعقيد علاقتي بأمي على وجه الخصوص. لقد كنت في بعض الأحيان عرضة لحالة من القلق الشديد بشأن لا شيء على وجه الخصوص، التي كانت مزيجًا غريبًا من الحزن والخوف الذي ينبع من لا شيء. كانت تنتابني أحيانًا عندما أجلس في حافلة المدرسة في الصِّغر. وأحيانًا تنتابني في ليالي الجمعة في الكلية، عندما كان ضجيج الاحتفال القسري يطغى على خصوصية الظلام. كانت تنتابني أحيانًا عندما أقرأ، وأحيانًا في أثناء ممارسة الجنس. لقد كانت تستحوذ عليَّ دائمًا عندما أغادر المنزل. وحتى لو كنت سأذهب بعيدًا لقضاء عطلة نهاية الأسبوع، فإنها تندفع في لحمي ودمي عندما أقفل الباب خلفي. وعادةً ما كانت تأتي أيضًا عندما أعود إلى المنزل. كانت والدتي، وصديقتي، وحتى أحد كلابنا، يحيُّونني بينما أشعر أنا بحزنٍ شديد، وكان ذلك الحزن يخيفني. لقد تعاملت مع الأمر من خلال التفاعل القهري مع الناس، الأمر الذي كان يشتت انتباهي دائمًا تقريبًا. كان عليَّ أن أشتت نفسي للتخلص من هذا الحزن.

في الصيف الذي تلى سنتي الأخيرة في الجامعة، تعرضت لانهيار بسيط، لكن في ذلك الوقت لم تكن لدي أي فكرة عن حقيقة الأمر. كنت مسافرًا لأوروبا، وأقضي الصيف الذي طالما أردته، مجانًا تمامًا. كانت تلك هي هدية التخرج من والدي. قضيت شهرًا رائعًا في إيطاليا، ثم ذهبت إلى فرنسا، ثم زرت صديقًا في المغرب. لقد شعرت بالخوف من المغرب. كان الأمر كما لو أنني تحررت كثيرًا من العديد من القيود المعتادة، وشعرت بالتوتر طوال الوقت، بالطريقة نفسها التي كنت أشعر بها خلف الكواليس قبل المشاركة في مسرحية مدرسية. عدت إلى باريس، والتقيت بعض الأصدقاء هناك، وقضيت وقتًا رائعًا، ثم ذهبت إلى فيينا، المدينة التي كنت أرغب دائمًا في زيارتها. لم أستطع النوم في فيينا. وصلت، واستأجرت غرفة، والتقيت بعض الأصدقاء القدامى الذين كانوا أيضًا في فيينا. خططنا للسفر معًا إلى بودابست. قضينا أمسية مريحة بالخارج، ثم عدت وبقيت مستيقظًا طوال الليل، مرعوبًا من بعض الأخطاء التي اعتقدت أنني ارتكبتها، على الرغم من أنني لم أكن أعرف ما هي. في اليوم التالي، كنت منفعلًا للغاية ولم أتمكن من تناول الإفطار في غرفة مليئة بالغرباء، ولكن عندما خرجت، شعرت بتحسن وقررت رؤية بعض الأعمال الفنية واعتقدت أنني ربما كنت أجهد نفسي أكثر من اللازم. كان على أصدقائي أن يتناولوا العشاء مع شخص آخر، وعندما أخبروني بذلك، شعرت بالصدمة التامة، كما لو أنهم أخبروني عن مؤامرة قتل. لقد وافقوا على مقابلتي لتناول مشروب بعد العشاء. لكنني لم أتناول العشاء؛ إذ لم أستطع ببساطة الذهاب إلى مطعم غريب

وطلب الطعام بمفردي (على الرغم من أنني فعلت ذلك عدة مرات من قبل)؛ ولم يكن يمكنني إجراء محادثة مع أي شخص. وعندما التقيت أصدقائي أخيرًا، كنت أرتجف. خرجنا وشربت أكثر بكثير مما كنت أشربه من قبل، وشعرت بالهدوء المؤقت. في تلك الليلة، بقيت مستيقظًا طوال الليل مرة أخرى مصابًا بصداع شديد واضطراب في المعدة، وكنت أشعر بقلق شديد بشأن موعد السفينة المتجهة إلى بودابست. وفي اليوم التالي، تجاوزت الأمر، وخلال الليلة الثالثة من عدم النوم، كنت خائفًا جدًّا لدرجة أنني لم أتمكن من النهوض لاستخدام الحمام طوال الليل. اتصلت بوالديَّ وقلت: «أحتاج إلى العودة إلى المنزل». بدوَا متفاجئين بعض الشيء، لأنني قبل هذه الرحلة كنت أفاوضهما بشأن كل يوم إضافي ممكن، محاولًا تمديد وقتي في السفر قدر الإمكان. سألاني: «هل هناك مشكلة؟»، ولم يسعني إلا أن أقول إنني لم أشعر أنني بحالة جيدة، وإن الأمر أصبح أقل إثارة مما توقعت. كانت والدتي متعاطفة، وقالت: «السفر بمفردك يمكن أن يكون صعبًا. اعتقدت أن وجود أصدقائك معك هناك سيكفي، لكن الأمر قد يكون متعبًا للغاية». وقال والدي: «إذا كنت تريد العودة إلى المنزل، فاذهب واشترِ تذكرة ببطاقتي البنكية وعد إلى المنزل».

اشتريت التذكرة، وحزمت حقائبي، وعدت إلى المنزل بعد ظهر ذلك اليوم. استقبلني والداي في المطار. سألاني: «ماذا حدث؟» لكن لم أقل سوى إنني لا أستطيع البقاء هناك بعد الآن. وفي أحضانهما، شعرت بالأمان لأول مرة منذ أسابيع. بكيت بارتياح. عندما عدنا إلى الشقة التي نشأت فيها، شعرت بالاكتئاب وبالغباء التام. لقد أفسدت سفري الكبير في الصيف. لقد عدت إلى نيويورك، حيث لم يكن لدي ما أفعله سوى الأشياء المعتادة. لم يسبق لي أن رأيت بودابست. اتصلت ببعض الأصدقاء الذين فوجئوا بسماع ذلك مني، ولم أحاول حتى أن أشرح ما حدث. قضيت بقية الصيف في المنزل. شعرت بالملل والانزعاج والحزن إلى حد ما، على الرغم من أننا قضينا بعض الأوقات الجيدة معًا.

لقد نسيت كل ذلك تقريبًا في السنوات التالية. بعد ذلك الصيف، ذهبت إلى الجامعة في إنجلترا. وعندما بدأتُ في جامعة جديدة في بلد جديد، لم أشعر بالذعر على الإطلاق. لقد اندمجت في أسلوب الحياة الجديد، وسريعًا ما كوَّنت صداقات، وحقَّقت أداءً أكاديميًّا جيدًا. لقد أحببت إنجلترا، ولم يعد هناك ما يخيفني بعد الآن. إن النفس القَلِقة التي ذهبت إلى الكلية في أمريكا قد أفسحت المجال لهذا الزميل القوي والواثق والهادئ. عندما كنت أقيم حفلًا، كان الجميع يريدون أن يأتوا. كان أصدقائي المقربون (الذين ما زالوا من بين أصدقائي المقربين) هم الأشخاص الذين أجلس معهم طوال الليل، في علاقة عميقة ورائعة بشكل خيالي. كنت أتصل بالمنزل مرة واحدة في الأسبوع، ولاحظ والداي أنني أبدو سعيدًا. كنت أتوق إلى الرفقة كلما شعرت بعدم الاستقرار، وقد وجدت ذلك. ولمدة عامين، ظللت سعيدًا لمعظم الوقت، ولم يكن يعكر صفو سعادتي إلا سوء الأحوال الجوية، وصعوبة جعل الجميع يحبونني على الفور، وعدم الحصول على قسط كافٍ من النوم، وبداية سقوط شعري. كانت النزعة الاكتئابية

الوحيدة الحاضرة في داخلي دائمًا هي الحنين؛ فأنا على عكس إيديث بياف، أندم على كل شيء لمجرد أنه انتهى، وحتى عندما كنت بعمر الثانية عشرة فقط، كنت أندم على الوقت الذي مضى. حتى في أفضل حالاتي المعنوية، يبدو الأمر دائمًا كما لو أنني أتصارع مع الحاضر في محاولة يائسة لمنعه من أن يصبح الماضي.

أتذكر أن فترة بداية العشرين من عمري كانت هادئة إلى حد معقول. قررت، على سبيل النزوة تقريبًا، أن أصبح مغامرًا وتجاهلت قلقي حتى عندما كان مرتبطًا بمواقف مُخيفة. بعد ثمانية عشر شهرًا من انتهائي من دراستي العليا، بدأت السفر ذهابًا وإيابًا إلى موسكو السوفيتية وعشت في مكان غير قانوني مع بعض الفنانين الذين تعرفت إليهم هناك.[1] وعندما حاول شخصٌ ما أن يسرقني ذات ليلة في إسطنبول، قاومت بنجاح وهرب دون أن يحصل على أي شيء مني. لقد سمحت لنفسي بتذوق كل أنواع الرغبات الجنسية؛ إذ تركت معظم مكبوتاتي ومخاوفي الجنسية ورائي. تركت شعري يطول للغاية؛ ثم قصصته تمامًا. غنيت مع فرقة روك عدة مرات.[2] ذهبت إلى الأوبرا. اكتسبت شهوة للتجربة، وخُضت أكبر عدد ممكن من التجارب في العديد من الأماكن التي استطعت زيارتها. وقعت في الحب وأعددت ترتيبات لزواجٍ سعيد.

ثم في أغسطس 1989، عندما كنت في الخامسة والعشرين من عمري، شُخِّصت والدتي بسرطان المبيض وبدأ عالمي المثالي في الانهيار. لو لم تمرض، لكانت حياتي مختلفة تمامًا؛ لو كانت تلك القصة أقل مأسَوية بعض الشيء، فربما كنت سأعيش حياتي بميول اكتئابية ولكن دون انهيار؛ أو ربما كنت سأصاب بالانهيار لاحقًا كجزء من أزمة منتصف العمر؛ أو ربما كنت سأنهار في هذا المكان والزمان نفسهما. إذا كان الجزء الأول من السيرة العاطفية للمرء عبارة عن تجارب جديدة، فإن الجزء الثاني هو تجارب مؤثرة. معظم حالات الاكتئاب الحاد يسبقها اكتئابات أصغر مرت دون أن تُلاحَظ أو تُفسَّر. بالطبع، العديد من الأشخاص الذين لم يصابوا بالاكتئاب قط لديهم تجارب يمكن تعريفها بأثر رجعي على أنها نوبات تمهيدية إذا كانت قد أدت إلى أي شيء، التي حُذفت من الذاكرة فقط لأن ما كان يُمكن أن تُنذر به لم يتحقق قط.

لن أذكر بالتفصيل كيف انهار كل شيء، لأن هذا سيكون واضحًا بالنسبة إلى أولئك الذين عرفوا الآثار المدمرة لمرض مُنهِك كالاكتئاب، وبالنسبة إلى أولئك الذين لم يعرفوه ربما يظل غير قابل للتفسير كما كان بالنسبة لي عندما كنت في الخامسة والعشرين من عمري. ويكفي أن نقول إن الأمور كانت مروعة. في عام 1991، توفيت والدتي. وكانت في الثامنة والخمسين من عمرها. كان الحزن غامرًا. لكن على الرغم من الدموع الكثيرة والحزن الهائل، وعلى الرغم من اختفاء الشخص الذي كنت أعتمد عليه باستمرار ولفترة طويلة، فإنني كنت بخير في الفترة التي تلت وفاة والدتي. كنت حزينًا وغاضبًا، لكنني لم أفقد عقلي.

في ذلك الصيف، بدأتُ جلسات التحليل النفسي. أخبرت المرأة التي ستكون محللتي أنني بحاجة إلى وعد واحد قبل أن أبدأ، وهو أنها ستستمر في التحليل حتى ننتهي منه، بغض النظر عما يحدث، إلا إذا أُصِيبت بمرضٍ خطير. وقد كانت في أواخر الستين من عمرها. وافقت. لقد كانت امرأة ساحرة وحكيمة تُذكِّرني بأمي. وقد اعتمدتُ على لقاءاتنا اليومية لاحتواء حزني.

في أوائل عام 1992، وقعت في حب إنسانة رائعة، وجميلة، وكريمة، ولطيفة، وحاضرة دائمًا، ولكنها كانت أيضًا صعبة المراس بشكل كبير. كانت علاقتنا متقلبة رغم أنها كانت سعيدة في كثير من الأحيان. حملتْ في خريف عام 1992 وأجرت عملية إجهاض، وهو ما سمح لشعورٍ غير متوقع بالخسارة أن يداهمني. وفي أواخر عام 1993، في الأسبوع الذي سبق عيد ميلادي الثلاثين، انفصلنا بالاتفاق المتبادل ومع الكثير من الألم المتبادل. كانت صدمة أخرى في حياتي.

وفي مارس 1994، أخبرتني محللتي النفسية أنها ستتقاعد لأن التنقُّل من منزلها في برينستون إلى نيويورك أصبح مرهقًا للغاية. كنت أشعر مؤخرًا بعدم التناغم في عملنا معًا وأفكر في إنهائه؛ ومع ذلك، عندما أخبرتني بذلك الخبر، انفجرتُ في تنهدات لم أستطع السيطرة عليها وبكيت لمدة ساعة. أنا عادة لا أبكي كثيرًا؛ ولم أبكِ هكذا منذ وفاة والدتي. لكنني شعرت بالوحدة التامة والمدمرة وبالخيانة وكأنها طعنتني بخنجر في ظهري. كان أمامنا بضعة أشهر (لم تكن متأكدة من المدة بالضبط؛ وتبين أنها أكثر من عام) للعمل على إنهاء الأمر قبل أن يصبح تقاعدها ساري المفعول.

وفي وقت لاحق من ذلك الشهر، اشتكيتُ للمحللة نفسها من أن فقدان الشعور والخدر قد أصاب كل علاقاتي الإنسانية. لم أعد أهتم بالحب؛ ولا بأعمالي؛ ولا بالأسرة؛ ولا بالأصدقاء. تباطأت كتابتي، ثم توقفت. كتب الرسام جيرهارد ريختر ذات مرة يقول: «لا أعرف شيئًا. لا أستطيع أن أفعل شيئًا. لا أفهم شيئًا. لا شيء على الإطلاق. وكل هذا البؤس لا يجعلني تعيسًا بشكل خاص».[3] كذلك أنا أيضًا وجدت كل المشاعر القوية قد اختفت، باستثناء بعض القلق المزعج. لقد كنت أعاني دائمًا الرغبة الجنسية العنيفة التي كثيرًا ما كانت تقودني إلى المشكلات؛ لكن بات يبدو أنها تبخرت. لم أعد أشعر بأي شيء من توقي المعتاد إلى العلاقة الحميمة سواء جسديًّا أو عاطفيًّا، ولم أعد أنجذب إلى الناس في الشوارع أو إلى أولئك الذين أعرفهم وأحببتهم؛ وفي الظروف التي كان من المفترض أن تكون مثيرة جنسيًّا، ظل ذهني ينجرف إلى قوائم التسوق والأعمال التي يتعين عليَّ القيام بها. لقد أعطاني هذا شعورًا بأنني أفقد نفسي، وهذا ما أخافني. لذا حرصت على جدولة المتع في حياتي. وخلال ربيع عام 1994، ذهبت إلى الحفلات وحاولت الاستمتاع بوقتي وفشلت؛ حاولت التواصل مع أصدقائي وفشلت؛ اشتريت أشياء باهظة الثمن كنت أريدها في الماضي ولم أشعر بالإشباع؛ وواصلت استخدام أساليب متطرفة لم أجربها من قبل لإيقاظ رغبتي الجنسية من جديد، ومشاهدة الأفلام الإباحية والاستعانة بخدمات البغايا. لم أشعر بالرعب بشكل خاص من أي من هذه

السلوكيات الجديدة، لكنني لم أتمكن أيضًا من الحصول على أي متعة. ناقشت أنا ومحللتي الوضع. حاولنا الوصول إلى جذر المشكلة بينما شعرت بالانفصال عن نفسي والتبلد يحدث ببطء ولكن يتزايد بلا هوادة. بدأت أشتكي من إرهاقي من الرسائل الواردة على جهاز الرد الآلي الخاص بي؛ فقد كنت أرى المكالمات، التي كانت تأتي غالبًا من الأصدقاء، بمنزلة ثقل مستحيل. وفي كل مرة كنت أرد على المكالمات، كان يأتي المزيد. كما أنني أصبحت خائفًا من القيادة. عندما كنت أقود سيارتي ليلًا، لم أكن أتمكن من رؤية الطريق، وكنت أشعر بالجفاف في عينيَّ. كنت أعتقد دائمًا أنني سوف أرتطم بحاجز أو سيارة أخرى. كنت أجد نفسي في منتصف الطريق السريع وفجأة أشعر أنني لا أعرف كيفية القيادة. وفي حالة من الذعر، كنت أتوقف على جانب الطريق وأنا أتصبب عرقًا باردًا. بدأت أقضي عطلات نهاية الأسبوع في المدينة لتجنب الاضطرار إلى القيادة. لقد راجعت أنا ومحللتي تاريخ الكآبة التي أصابتني، وخطر لي أن علاقتي مع شريكتي قد انتهت بسبب مرحلة مبكرة من الاكتئاب، على الرغم من أنني كنت أعلم أنه من الممكن أيضًا أن تكون نهاية تلك العلاقة قد ساعدت في التسبب في الاكتئاب. وبينما كنت أعمل على تلك العقدة، ظللت أحاول تحديد بداية الاكتئاب: منذ الانفصال؛ أم منذ وفاة والدتي؛ أم منذ بداية مرض والدتي الذي دام عامين؛ أم منذ نهاية علاقة سابقة؛ أم منذ البلوغ؛ أم منذ الولادة. وسرعان ما لم أستطع التفكير في وقت أو سلوك لا يمثل عَرَضًا للاكتئاب. ومع ذلك، فإن ما كنت أعانيه لم يكن سوى اكتئاب عصابي، يتسم بالحزن القَلِق أكثر من الجنون. فالأمر كان تحت سيطرتي. لقد كان نسخة مُستدامة من شيء عانيته من قبل، وهو أمر مألوف على مستوى أو آخر للعديد من الأشخاص الأصحَّاء. فالاكتئاب يظهر تدريجيًّا مثل مرحلة البلوغ.

في يونيو 1994، بدأت أشعر بالملل المستمر. نُشِرت روايتي الأولى في إنجلترا، ومع ذلك فإن الاستقبال الجيد الذي حظيت به لم يفدني كثيرًا. قرأت المراجعات بلا مبالاة وشعرت بالتعب طوال الوقت. وفي يوليو، عندما عدت إلى منزلي في نيويورك، وجدت نفسي مثقلًا بالأحداث الاجتماعية، وحتى بالمحادثات ولا أتحملها. بدا الأمر كله وكأنه جهد بلا طائل. قالت محللتي، التي لم تكن قد تقاعدت بعد، إنني أعاني اكتئابًا طفيفًا. ناقشنا الأسباب، كما لو أن تسمية الوحش تعني ترويضه. لقد كنت أعرف الكثير جدًّا من الناس وأفعل الكثير من الأشياء؛ اعتقدت أنني ربما ينبغي أن أقلِّص دائرة معارفي وأفعالي.

وفي نهاية شهر أغسطس، اكتشفت أن لدي حصوات في الكلى، وهي مشكلة أصابتني من قبل. اتصلت بطبيبي الذي وعدني بإبلاغ المستشفى وتسريع دخولي لغرفة الطوارئ. ولكن عندما وصلت إلى المستشفى، لم يبدُ أن أحدًا قد تلقى أي إشعار. كان الألم شديدًا، وبينما كنت جالسًا أنتظر، بدا الأمر كما لو أن شخصًا ما، بعد أن غمس جهازي العصبي المركزي في الحمض، يقشر الآن الأعصاب حتى جوهرها. وعلى الرغم من أنني وصفت الألم الذي كنت أشعر به عدة مرات للعديد من الحاضرين، لم يفعل أحد أي شيء. وبعد ذلك بدا أن شيئًا ما قد

انكسر بداخلي. بدأت في الصراخ وأنا أقف في منتصف غرفة الطوارئ بمستشفى نيويورك. حقنوني بجرعة من المورفين في ذراعي. خفَّت حدة الألم. لكن سرعان ما عاد الألم، وظللت أدخل وأخرج من المستشفى لمدة خمسة أيام. خضعت للقسطرة أربع مرات. وفي نهاية المطاف، أعطوني الجرعة القصوى المسموح بها من المورفين، التي كانت تُستَكمَل بحقن ديميرول كل بضع ساعات. قيل لي إن حصواتي لم تظهر بشكل جيد وإنني لست مرشحًا لإجراء تفتيت الحصوات، الأمر الذي كان من شأنه أن يتخلص منها سريعًا. كانت الجراحة ممكنة ولكنها مؤلمة وقد تكون خطيرة. لم أكن أرغب في إزعاج والدي الذي كان يقضي إجازة في ولاية ماين؛ لكن حينها أردت الاتصال به، لأنه يعرف هذا المستشفى جيدًا منذ الأيام التي كانت تقيم فيها والدتي هناك، ويمكنه المساعدة في الترتيبات. بدا غير مبالٍ، وقال: «مشكلة حصوات الكلى بسيطة وستتجاوزها، أنا متأكد من أنك ستكون بخير، وسوف أراك عندما أعود إلى المنزل». وفي هذه الأثناء، لم أكن أنام أكثر من ثلاث ساعات في الليلة الواحدة. كنت أعمل على مهمة ضخمة، مقالة عن سياسات التعامل مع الصم، وفي حالة ضبابية تحدثت إلى مدققي الحقائق والمحررين.[4] شعرت بأن سيطرتي على حياتي تتراجع. قلت لصديق: «إذا لم يتوقف هذا الألم، فسوف أقتل نفسي». كانت تلك هي المرة الأولى التي أقول فيها ذلك.

عندما غادرت المستشفى، كنت خائفًا طوال الوقت. بدا أن الألم قد قوض ذهني تمامًا أو ربما المسكنات. كنت أعلم أن الحصوات ربما لا تزال تتحرك وأنني قد أتعرض للانتكاس. كنت خائفًا من أن أظل وحدي. ذهبت مع صديق إلى شقتي، وجمعت بعض الأشياء، وخرجت. لقد عِشت أسبوعًا أُشبه المُشردين، أنتقل من منزل صديق إلى آخر. كان على هؤلاء الأشخاص في الغالب الذهاب إلى العمل في أثناء النهار، وكنت أبقى في منازلهم، مُتجنبًا الشارع، حريصًا على عدم الابتعاد كثيرًا عن الهاتف. كنت لا أزال أتناول مسكنات الألم الوقائية وشعرت ببعض الجنون. لقد كنت غاضبًا من والدي؛ غاضبًا بطريقة غير عقلانية وبذيئة. اعتذر والدي عما أسميته سلوكه غير المكترث وحاول أن يشرح أنه كان يقصد فقط التعبير عن ارتياحه لإصابتي بمرض غير مميت. وقال إنه صدَّق هدوئي النسبي عبر الهاتف. دخلت في حالة هستيريا لا أستطيع الآن أن أفهمها؛ إذ رفضت التحدث معه أو إخباره بالمكان الذي ذهبت إليه. ومن وقت لآخر، كنت أتصل به وأترك له رسائل على جهاز الرد الآلي غالبًا ما كانت تبدأ بعبارة «أنا أكرهك وأتمنى أن تموت». جعلتني الحبوب المنومة أتجاوز الليل. ثم تعرضت لانتكاسة صغيرة وعدت إلى المستشفى. لم يكن الأمر خطيرًا، لكنه أخافني للغاية. عندما أنظر إلى الوراء الآن، أستطيع أن أقول إن هذا كان الأسبوع الذي فقدت فيه صوابي.

وفي نهاية الأسبوع، توجهت إلى ولاية فيرمونت لحضور حفل زفاف أحد الأصدقاء. لقد كانت عطلة نهاية أسبوع جميلة في أواخر الصيف. كنت على وشك إلغاء الرحلة، ولكن بعد الحصول على تفاصيل عن المستشفى القريب من المكان الذي سيُقام فيه حفل الزفاف، قررت أن أحاول الذهاب. وصلت يوم الجمعة في وقت العشاء والرقص (لم أرقص نهائيًّا)، ورأيت

شخصًا كنت أعرفه بشكل هامشي في الكلية قبل عشر سنوات. تحدثنا، وشعرت بأن المشاعر غمرتني أكثر مما حدث لي منذ سنوات. شعرت بنفسي مشرقة. شعرت بالنشوة دون أن أدرك أن موجة المشاعر هذه لن تؤدي إلى أي شيء إيجابي. وجدت نفسي أنتقل من شعور لآخر بطريقة شِبه كوميدية.

بعد حفل الزفاف ذلك، كان الانحدار ثابتًا. عملت بشكل أقل كمًّا وكيفًا. ألغيت خططي للذهاب إلى إنجلترا لحضور حفل زفاف آخر، لأنني شعرت أن الرحلة كانت أكثر مما أستطيع تحمله، على الرغم من أنني كنت، قبل عام، أذهب إلى لندن بانتظام دون الكثير من المتاعب. بدأت أشعر أنه لا يمكن لأحد أن يحبني وأنني لن أنخرط في علاقة مرة أخرى أبدًا. لم يكن لدي أي مشاعر جنسية على الإطلاق. بدأت أتناول الطعام بشكل غير منتظم لأنني نادرًا ما كنت أشعر بالجوع. قالت محللتي إنه لا يزال اكتئابًا، وشعرتُ بالسأم من تلك الكلمة ومن المحللة. قلت لها إنني ما زلت أسيطر على نفسي ولكنني خائف من أن أفقد صوابي، وسألتها عمَّا إذا كان سينتهي بي المطاف بتناول مضادات الاكتئاب، وأخبرتني أن تجنُّب الدواء هو أمر شجاع وأنه يمكننا حلُّ كل شيء. كانت تلك المحادثة هي آخر محادثة أبدؤها؛ وكانت تلك المشاعر هي آخر ما أشعر به لفترة طويلة.

للاكتئاب الحاد عدد من العوامل المحددة تتعلق في الغالب بالانعزال، على الرغم من أن الاكتئاب الهياجي أو غير النمطي قد يكون له آثار سلبية شديدة وليس مجرد انعزال؛ وعادة ما يكون من السهل التعرف عليه إلى حد ما؛ فهو يُحدِث اضطرابًا في النوم والشهية والطاقة، ويميل إلى زيادة الحساسية للرفض، وقد يصاحبه فقدان الثقة بالنفس واحترام الذات. يبدو أنه يعتمد على كلٍّ من وظائف ما تحت المهاد (التي تنظم النوم والشهية والطاقة) والوظائف القشرية (التي تترجم التجارب إلى فلسفة ونظرة للعالم).[5] إن الاكتئاب الذي يحدث كمرحلة من مرض الاكتئاب الهوسي (أو ثنائي القطب) يتحدد وراثيًّا بشكل أكبر بكثير (نحو 80%) من الاكتئاب القياسي (نحو 10 إلى 50 %)؛ وعلى الرغم من أنه يستجيب للعلاج عادة، فإنه ليس من الأسهل السيطرة عليه، وبخاصة أن الأدوية المضادة للاكتئاب قد تؤدي إلى الهوس.[6] الخطر الأكبر في مرض الهوس الاكتئابي هو أنه ينفجر في بعض الأحيان إلى ما يسمى بالحالات المختلطة، حيث يعاني الشخص أعراض الهوس والاكتئاب في وقت واحد.[7] وهذا سببٌ أساسي في الانتحار، ويمكن أيضًا أن يحدث عن طريق استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب دون استخدام مُثبتات المزاج التي تعد عناصر ضرورية لعلاج الاضطراب ثنائي القطب. يمكن أن يكون الاكتئاب مُثبطًا أو غير نمطي ومسببًا للهياج. في الأول، لا تشعر بالرغبة في فعل أي شيء؛ وفي الثاني، تشعر وكأنك تود قتل نفسك. إن الانهيار هو العبور إلى الجنون. إذا استعرنا استعارة من الفيزياء، فهو سلوك غير معهود للمادة يتحدد بواسطة متغيرات خفية. وهو أيضًا تأثيرٌ تراكمي؛ وسواء كنت تستطيع رؤية ذلك أم لا، فإن العوامل التي تؤدي إلى الانهيار الاكتئابي تتجمع على مر السنين، وعادةً على مدى العمر. لا توجد

حياة لا تحتوي على بعض اليأس، لكن بعض الناس يقتربون أكثر من اللازم من الحافة والبعض الآخر يتمكن من البقاء حزينًا في مكان آمن بعيدًا عن المنحدرات. بمجرد العبور، تتغير القواعد كلها. كل ما كان مكتوبًا باللغة الإنجليزية أصبح الآن باللغة الصينية؛ كل ما كان سريعًا أصبح الآن بطيئًا؛ بينما ينام المرء من أجل الوضوح تكون اليقظة عبارة عن سلسلة من الصور غير المترابطة التي لا معنى لها. تتخلى حواسك عنك ببطء. قال لي مارك فايس، وهو صديق مكتئب، ذات مرة: «هناك لحظة مفاجئة يمكنك أن تشعر فيها بتغير الكيمياء بداخلك؛ إذ يتغير نمط تنفسي، وتصبح رائحة أنفاسي كريهة. تصبح رائحة البول الخاصة بي مثيرة للاشمئزاز. وأشعر بوجهي يتفكك في المرآة. أعرف عندما يأتي الاكتئاب».

عندما كنت في الثالثة من عمري، قررت أن أصبح روائيًّا. ومنذ ذلك الحين، كنت أتطلع إلى نشر رواية. وعندما أصبحت في الثلاثين من عمري، نُشِرت روايتي الأولى، وكنت قد حددت جولة تسويقية لها، لكنني كرهت الفكرة. تطوع صديقٌ عزيز لي بإقامة حفل لكتابي في 11 أكتوبر. أحب الحفلات وأحب الكتب، وكنت أعلم أنه كان من المفترض أن أشعر بسعادة غامرة، ولكن في الواقع كنت باهتًا جدًّا لدرجة أنني لم أتمكن من دعوة العديد من الأشخاص، وكنت متعبًا جدًّا لدرجة أنني لم أتمكن من الوقوف كثيرًا في أثناء الحفل. تتوزع وظائف الذاكرة والوظائف العاطفية في جميع أنحاء الدماغ، ولكن القشرة الأمامية والأنظمة الحوفية هما المفتاح لكليهما، وعندما تؤثر على الجهاز الحوفي، الذي يتحكم في العاطفة، فإنك تمس الذاكرة أيضًا. أتذكر تلك الحفلة فقط بشكلٍ ضبابي باهت: طعام رمادي، وأشخاص باللون البيج، وضوء خافت في الغرف. أتذكر أنني كنت أتعرق بشدة في أثناء وجودي، وأتوق للمغادرة. حاولت أن أُرجِع كل ذلك إلى التوتر والضغط النفسي. كنت مصممًا، بأي ثمن، على الحفاظ على واجهة تخفي كل شيء أشعر به، وهو ما اتضح أنه أفادني جيدًا. فقد فعلت ذلك، ويبدو أن أحدًا لم يلاحظ أي شيء غريب. ومرَّ الحفل.

عندما عدت إلى المنزل في تلك الليلة، بدأت أشعر بالخوف. استلقيت على السرير، غير نائم، أعانق وسادتي باحثًا عن بعض الأمان والراحة. على مدى الأسبوعين والنصف التاليين، أصبحت الأمور أسوأ فأسوأ. وقبل وقت قصير من عيد ميلادي الحادي والثلاثين، تحطمت. بدا أنني أنهار تمامًا. لم أكن أخرج مع أي شخص في ذلك الوقت. كان والدي قد تطوع لتنظيم حفل عيد ميلاد لي، لكنني لم أتحمل الفكرة، واتفقنا بدلًا من ذلك على الذهاب إلى مطعمي المفضل مع أربعة من أصدقائي المقربين. في اليوم السابق لعيد ميلادي، غادرت المنزل مرة واحدة فقط لشراء بعض البقالة. وفي طريق عودتي إلى المنزل من المتجر، فقدت السيطرة على أمعائي السفلية فجأة ولوثت نفسي. شعرت بالبقعة تنتشر على ملابسي وأنا في طريقي إلى المنزل. عندما دخلت المنزل، أسقطت كيس البقالة، وهرعت إلى الحمام، وغيرت ملابسي، وذهبت إلى السرير.

لم أنم كثيرًا في تلك الليلة، ولم أستطع الاستيقاظ في اليوم التالي. كنت أعلم أنني لا أستطيع الذهاب إلى أي مطعم، ورغبت في الاتصال بأصدقائي وإلغاء الأمر، لكنني لم أستطع. استلقيت ساكنًا وفكرت في التحدث، محاولًا معرفة كيفية القيام بذلك. حركت لساني ولكن لم تكن هناك أصوات. لقد نسيت كيف أتحدث. ثم بدأت بالبكاء، لكن لم تكن هناك دموع، بل فقط ارتباك شديد. كنت على ظهري. أردت أن أنقلب، لكني لم أتمكن من تذكر كيفية القيام بذلك أيضًا. حاولت أن أفكر في الأمر، لكن المهمة بدت هائلة. اعتقدت أنني ربما أُصِبت بسكتة دماغية، ثم بكيت مرة أخرى لفترة من الوقت. وفي نحو الساعة الثالثة بعد ظهر ذلك اليوم، تمكَّنت من النهوض من السرير والذهاب إلى الحمام. عدت إلى السرير أرتعش. ولحسن الحظ، اتصل والدي. أجبت على الهاتف وقلت بصوت مرتعش: «عليك أن تلغي الليلة». ظل يسألني: «ما المشكلة؟»، لكنني لم أعرف.

هناك لحظة، إذا تعثرت أو انزلقت، قبل أن تمد يدك لتمنع سقوطك، تشعر فيها بالأرض تندفع نحوك ولا تستطيع مساعدة نفسك؛ تشعر برعبٍ عابر لا يتجاوز جزءًا من الثانية. هكذا شعرت ساعة بعد ساعة ويومًا بعد يوم. إن الشعور بالقلق على هذا المستوى الشديد أمرٌ غريب. إذ تشعر طوال الوقت أنك تريد أن تفعل شيئًا ما، وأن هناك بعض المشاعر غير المتاحة لك، وأن هناك حاجة جسدية مُلحَّة لا يمكنك تلبيتها، وانزعاجًا لا يوجد راحة له، كما لو كنت تتقيأ باستمرار من معدتك ولكن ليس لديك فم. مع الاكتئاب، تضيق رؤيتك وتبدأ في الانغلاق؛ يصبح الأمر مثل محاولة مشاهدة صورة مشوشة على التلفاز، حيث يمكنك نوعًا ما رؤية الصورة ولكن ليس بدقة؛ إذ لا يمكنك أبدًا رؤية وجوه الناس، إلا في حالة وجود صورة مقربة؛ لا شيء واضح. يبدو الهواء سميكًا ومقاوِمًا، كما لو كان مُشبَّعًا بمادة لزجة. إن الإصابة بالاكتئاب تُشبه الإصابة بالعمى، فالظلام في البداية يتدرج ثم يصبح شاملًا؛ إنه مثل الإصابة بالصمم، حيث يقل السمع تدريجيًّا حتى يعم صمتٌ رهيب من حولك، حتى لا تتمكن من إصدار أي صوت يخترق الهدوء. إنه مثل الشعور بأن ملابسك تتحول ببطء إلى خشب على جسدك. تشعر بحدوث تصلب في المرفقين والركبتين يتطور إلى ثقل رهيب. تشعر بعدم القدرة على الحركة مما سيؤدي إلى ضمور جسدك، ومع مرور الوقت يُدمرك.

أتى والدي إلى شقتي مع صديق لي، خلف أخي وخطيبته. ولحسن الحظ، كان لدى والدي مفتاح للشقة. لم أكن قد تناولت شيئًا منذ يومين تقريبًا، وحاولوا إقناعي بأكل القليل من سمك السلمون المدخن. اعتقد الجميع أنني مصابٌ بفيروس رهيب. أكلت بضع قضمات، ثم تقيأت على نفسي. لم أستطع التوقف عن البكاء. كرهت منزلي ولكني لم أستطع تركه. وفي اليوم التالي، تمكَّنت بطريقة ما من الوصول إلى عيادة محللتي. قلت وأنا أتأمل الكلمات عميقًا: «أعتقد أنني سأضطر إلى البدء بتناول الدواء». قالت: «أنا آسفة»، واتصلتْ بالطبيب النفسي الذي وافق على مقابلتي خلال ساعة. لقد عرفت على الأقل أنه يتعين علينا طلب المساعدة، ولو متأخرًا. في الخمسينيات من القرن الماضي، وتماشيًا مع التفكير السائد في ذلك العصر، فإن

أحد المحللين النفسيين الذين كنت أعرفهم أخبره مشرفه أنه إذا أراد أن يبدأ مريضٌ في تناول الدواء، فسيتعين عليه إيقاف التحليل. ربما كان شيئًا من هذا القبيل هو ما سمح لمُحللتي بتشجيعي على تجنب الأدوية؟ أو ربما هي أيضًا اقتنعت بالمظاهر التي كنت أكافح من أجل إظهارها؟ لن أعرف أبدًا.

كان يبدو أن الطبيب النفسي قد خرج لتوه من فيلم سنيمائي؛ فقد كان مكتبه يحتوي على ورق حائط حريري باهت بلون الخردل وشمعدانات قديمة الطراز على الجدران، وكان مليئًا بالكتب النفسية. كان في السبعينات من عمره، يدخن السيجار، ويتحدث بلكنة أوروبا الوسطى، وينتعل شبشبًا منزليًّا. كان دمثًا وخلوقًا وذا ابتسامة لطيفة. سألني سلسلة سريعة من الأسئلة المحددة: ما هو شعوري في الصباح مقارنة بفترة ما بعد الظهر؟ كم كان من الصعب عليَّ أن أضحك على أي شيء؟ هل عرفت ما الذي كنت أخاف منه؟ هل تغيرتْ أنماط نومي وشهيتي؟ وبذلت قصارى جهدي للرد عليه. «حسنًا، حسنًا»، قال بهدوء بينما كنت أحاول صياغة ما أشعر به من أهوال. «الأمر كلاسيكي جدًّا. لا تقلق، ستكون بخير قريبًا»، كتب لي روشتة لدواء زاناكس، ثم بحث للعثور على عبوة من دواء زولوفت. أعطاني تعليمات مُفصَّلة حول كيفية تناوله، ثم قال مبتسمًا: «ستأتيني قريبًا. لن يعمل زولوفت سريعًا. لكن الزاناكس سوف يخفف من قلقك على الفور. لا تقلق بشأن خصائصه الإدمانية وما إلى ذلك، فهذه ليست مشكلة في الوقت الحالي. بمجرد أن نتخلص من القلق إلى حد ما، سنكون قادرين على رؤية الاكتئاب بشكل أكثر وضوحًا والتعامل معه. لا تقلق، لديك مجموعة أعراض طبيعية جدًّا».

في أول يوم لي في العلاج، انتقلتُ إلى شقة والدي. كان والدي في السبعين من عمره تقريبًا في ذلك الوقت، ومعظم الرجال في ذلك العمر لا يمكنهم بسهولة تحمُّل التحولات التامة في حياتهم. يستحق والدي الثناء ليس فقط على تفانيه السخي، ولكن أيضًا على مرونة العقل والروح التي سمحت له بفهم كيف يمكن أن يكون الدعامة الأساسية لي خلال الأوقات العصيبة، وعلى الشجاعة التي ساعدته على أن يكون تلك الدعامة الأساسية. اصطحبني إلى عيادة الطبيب وأخذني معه إلى المنزل. لم أحضِر معي ملابس نظيفة، لكنني لم أكن بحاجة إليها حقًّا لأنني لم أتمكن من النهوض من السرير في الأسبوع التالي. في ذلك الوقت، كان الذعر هو إحساسي الوحيد. كان من شأن عقار زاناكس أن يخفف من ذعري إذا تناولت ما يكفي منه، لكن ما يكفي منه كان كافيًا ليجعلني أنهار تمامًا في نوم كثيف ومربك ومليء بالأحلام. كانت الأيام تسير على النحو التالي: كنت أستيقظ وأنا أعلم أنني أشعر بحالة من الذعر الشديد. ما أردته هو فقط تناول ما يكفي من أدوية تهدئة الذعر للسماح لي بالعودة إلى النوم، ثم أردت النوم حتى أتعافى. وعندما أستيقظ بعد بضع ساعات، كنت أرغب في تناول المزيد من الحبوب المنومة. كان قتل نفسي، مثل ارتداء ملابسي، خطة معقدة للغاية بحيث لا يمكن أن أُدخلها إلى ذهني؛ لم أقضِ ساعات في تخيل كيف سأفعل شيئًا كهذا. كل ما أردته هو أن يتوقف الأمر؛

لم يكن بوسعي حتى أن أكون محددًا لأقول ما هو «ذلك الأمر». لم أستطع أن أقول الكثير. بدت الكلمات، التي كنتُ دائمًا على علاقة حميمة بها، فجأة استعارات معقدة للغاية وصعبة، ويستلزم استخدامها طاقة أكبر بكثير مما أستطيع حشده. كتبت جوليا كريستيفا ذات مرة تقول: «تنتهي الكآبة بفقدان المعنى... ثم الصمت والموت. الأشخاص المكتئبون هم أجانب رغم وجودهم في موطنهم. إن اللغة الميتة التي يتحدثون بها تنذر بانتحارهم».[8] الاكتئاب، مثل الحب، يعتمد على الكليشيهات، ومن الصعب التحدث عنه دون الوقوع في فخ لغة أغاني البوب العاطفية بشكلٍ مفرط؛ إنه أمرٌ جلي وملموس للغاية عندما يمر المرء به بحيث تبدو فكرة أن الآخرين قد عرفوا شيئًا من هذا القبيل غير قابلة للتصديق على الإطلاق. ربما تكون إميلي ديكنسون قد كتبت الوصف الأكثر بلاغة على الإطلاق لذلك الانهيار[9]:



شعرت وكأنني في جنازة داخل رأسي
كان الناس يسيرون ذهابًا وإيابًا
وكأنهم يدوسون على أفكاري
شعرت وكأن عقلي على وشك الانهيار

وعندما هدؤوا، كان هناك ما يبدو وكأنه قرع طبول في رأسي
مما جعلني أشعر بالخدر بشكل متزايد

ثم سمعتهم يرفعون صندوقًا
ثقيلًا للغاية وكان قرع أحذيتهم مرتفعًا
وبدؤوا يسيرون بداخل روحي

شعرت وكأن السماء نفسها تقرع كالجرس
ولم يعد الوجود إلا أذنًا تسمعه
شعرت وكأنني روح غارقة
معزولة وتائهة في هذا المكان الغريب

وفجأة، تحطم عقلي ونزلت أعمق فأعمق
أواجه عوالم مختلفة مع كل هبوط لأسفل
حتى لم أعد أعرف شيئًا.

لم يُكتَب إلا القليل نسبيًّا عن عبثية الانهيارات؛ فعند البحث عن الكرامة ومحاولة احترام معاناة الآخرين، يمكن للمرء بسهولة أن يتجاهل هذه الحقيقة. ومع ذلك، فهي حقيقية وواضحة عندما تكون مكتئبًا. في عالم الاكتئاب، تبدو اللحظات ممتدة إلى ما لا نهاية، وكأنها تنتج عن إحساس مصطنع بالوقت. أستطيع أن أتذكر استلقائي ذات مرة متجمدًا في السرير، والبكاء لأنني كنت خائفًا جدًّا من الاستحمام، وفي الوقت نفسه أعرف أن الاستحمام ليس مخيفًا. ظللت أحصي الخطوات الفردية في ذهني: ستستدير وتضع قدميك على الأرض؛ ستقف؛ ستمشي من هنا للحمام؛ ستفتح باب الحمام؛ ستمشي إلى حافة حوض الاستحمام؛ ستفتح الماء؛ ستخطو تحت الماء؛ ستفرك نفسك بالصابون؛ ستغسل جسدك؛ ستخرج؛ ستجفف نفسك؛ ثم يمكنك العودة إلى السرير. اثنتا عشرة خطوة، بدت لي آنذاك مرهقة مثل الذهاب إلى أقصى الأرض للحج. لكنني كنت أعلم، منطقيًّا، أن الاستحمام كان سهلًا، وأنني كنت أستحم كل يوم لسنوات عديدة، وأفعل ذلك بسرعة كبيرة وواقعية لدرجة أنه لم يكن هناك ما يبرر التفكير في الأمر بهذه الطريقة. كنت أعلم أن تلك الخطوات الاثنتي عشرة هي في الواقع سهلة تمامًا. وكنت أعلم أنه يمكنني حتى الاستعانة بشخص آخر لمساعدتي في بعض هذه الأمور. منحتني فكرة أن شخصًا آخر قد يفتح لي باب الحمام الراحة لفترة وجيزة. وبكل ما أستطيع حشده من قوة، جلست ووضعت قدمي على الأرض. لكن شعرت بالعجز الشديد والخوف الشديد لدرجة أنني استلقيت على بطني ووجهي على السرير وقدمي لا تزال على الأرض. بدأت في البكاء مجددًا، لا بسبب ما لم أستطع فعله فحسب، بل لأن حقيقة عدم قدرتي على القيام بذلك بدت لي سخيفة جدًّا. يستحم الناس في جميع أنحاء العالم بلا مشكلة. لماذا لا أستطيع أن أكون واحدًا منهم بكل بساطة؟ وبعد ذلك فكرت في أن هؤلاء الأشخاص لديهم أيضًا عائلات ووظائف وحسابات مصرفية وجوازات سفر وخطط عشاء ومشكلات، مشكلات حقيقية من قبيل السرطان والجوع وموت أطفالهم والعزلة والوحدة والفشل؛ ولم أواجه سوى القليل من المشكلات بالمقارنة، ومع ذلك لم أتمكن من التقلب مرة أخرى، إلا بعد ساعات قليلة، عندما أتى والدي وساعدني في رفع قدمي مرة أخرى إلى السرير. وبحلول ذلك الوقت، بدت فكرة الاستحمام حمقاء وغير واقعية، وشعرت بالارتياح لأنني تمكنت رفع قدمي إلى السرير مرة أخرى، واستلقيت على السرير الآمن وشعرت بالعبثية. في بعض الأحيان، في جزء هادئ مني، كنت أجد أثرًا للضحك على العبثية المطلقة لكل شيء، وكانت هذه القدرة على إدراك العبثية هي التي ساعدتني على المثابرة. كان هناك دائمًا في الجزء الخلفي من ذهني صوت هادئ

وواضح يُشبه صوت أمي يقول: «لا تكن عاطفيًّا بشكلٍ مفرط؛ لا تنخرط في الميلودراما. اخلع ملابسك، ارتدِ ملابس النوم، اذهب إلى السرير؛ وفي الصباح، انهض، وارتدِ ملابسك، وقم بكل ما يُفترض بك القيام به». كنت أسمع ذلك الصوت طوال الوقت. كان ينتابني حزن عميق ووحدة عميقة وأنا أفكر فيما فقدته. تساءلتْ دافني ميركين، في مقالها الاعترافي عن الاكتئاب: «هل اهتم أحد -أي شخص، ولو حتى طبيب أسناني- لأنني انسحبت من المعركة؟ هل سيحزن عليَّ الناس إذا لم أعد أبدًا، ولم أشغل مكاني مرة أخرى؟».[10]

بحلول المساء، تمكَّنت من النهوض من السرير. تتَّبع معظم حالات الاكتئاب نمطًا يوميًّا، حيث تكون الحالة سيئة في الصباح عند الاستيقاظ وتتحسن خلال النهار مع الوقت. في العشاء، شعرت بعدم القدرة على تناول الطعام، لكن كان بإمكاني النهوض والجلوس في غرفة الطعام مع والدي، الذي ألغى جميع خططه الأخرى ليكون معي. كان يمكنني أيضًا التحدث بحلول ذلك الوقت. حاولت أن أشرح كيف كان الأمر. أومأ والدي برأسه، وأكد لي بثقة أن الأمر سينتهي، وحاول أن يجعلني آكل. قطع لي طعامي لقطع صغيرة، لكن أخبرته ألا يطعمني، لأنني لست في الخامسة من عمري، ولكن عندما هُزِمت بسبب صعوبة وضع قطعة من لحم الضأن على شوكتي، فعل ذلك لي. وفي أثناء ذلك، كان يسترجع ذكريات إطعامي عندما كنت طفلًا صغيرًا، وكان يعدني، مازحًا، بأن يُقطِّع لي لحم الضأن عندما يكبر ويفقد أسنانه. لقد كان على اتصال ببعض أصدقائي، وقد اتصل بي بعضهم بالفعل، وبعد العشاء، كنت أشعر أنني بحالة جيدة بما يكفي لمعاودة الاتصال ببعضهم. وفي بعض الأحيان، كان يأتي أحدهم بعد العشاء. ورغم كل الصعاب، كان بإمكاني عادةً الاستحمام قبل النوم! وكان ذلك شعورًا رائعًا وبمنزلة انتصار. قبل النوم، وتحت تأثير عقار زاناكس، كنت أمزح مع والدي وأصدقائي بشأن تعافيِّ، وكانت العلاقة الحميمة الفريدة التي تصاحب المرض تملأ الغرفة، وأحيانًا كانت تغمرني المشاعر وأبدأ في البكاء مرة أخرى. ثم يحين الوقت لإطفاء الأنوار، حتى أتمكن من العودة إلى النوم. في بعض الأحيان كان الأصدقاء المقربون يجلسون معي حتى أنام. اعتادت إحدى الصديقات أن تمسك بيدي بينما كانت تغني بعض التهويدات. في بعض الأمسيات، كان والدي يقرأ لي من الكتب التي كان يقرؤها لي عندما كنت طفلًا. كنت أوقفه، وأقول: «منذ أسبوعين، كنت أنشر روايتي. كنت أعمل اثنتي عشرة ساعة ثم أذهب إلى أربع حفلات في المساء، في بعض الأيام. ماذا حدث؟» وكان والدي يؤكد لي بكل سرور أنني سأتمكن من القيام بذلك مرة أخرى قريبًا. لكن بدا واضحًا جدًّا لي أن حياتي الحقيقية، تلك التي كنت أعيشها من قبل، أصبحت الآن منتهية تمامًا. ومن وقت لآخر، كان يختفي الذعر لبعض الوقت. ثم جاء اليأس الهادئ. كان عدم القدرة على تفسير كل ذلك يتحدى المنطق. كان من المحرج للغاية أن أخبر الناس أنني مكتئب، في حين أن حياتي تبدو وكأنها تحتوي على الكثير من الخير والحب والراحة المادية. بالنسبة إلى الجميع باستثناء أصدقائي المقربين، فقد أُصِبت «بفيروس استوائي غامض» «لا بد أنني التقطته في الصيف الماضي في أثناء

سفري». أصبحت حادثة قطعة لحم الضأن رمزية بالنسبة لي. كتبت صديقتي الشاعرة، إليزابيث برينس، ما يلي[11]:

كنت في منتصف الليل والجو رطب
كانت ليلة نموذجية من ليالي شهر يوليو في نيويورك
وجدت نفسي في غرفتي أبحث عن ملاذ
وأشعر بنفور شديد من بلع أي طعام

لاحقًا، قرأت في مذكرات ليونارد وولف وصفه للاكتئاب الذي كانت تعانيه فيرجينيا: «لو تُرِكت وشأنها، لما أكلت شيئًا على الإطلاق وكانت ستموت جوعًا. لقد كان من الصعب للغاية إقناعها بتناول ما يكفي من الطعام لإبقائها قوية وبصحة جيدة. كان يتخلَّل جنونها عمومًا شعور دائم ببعض الذنب، لم أتمكن قط من اكتشاف مصدره وطبيعته الدقيقة؛ ولكنه كان مرتبطًا بطريقة غريبة بشكل خاص بالطعام. في المرحلة المبكرة من الاكتئاب الحاد والانتحاري، كانت تجلس لساعات غارقة في الكآبة اليائسة، صامتة، ولا تستجيب لأي شيء يُقال لها. وعندما يحين وقت تناول الطعام، لم تكن تعير أي اهتمام لطبق الطعام الذي يوضع أمامها. كان بإمكاني عادةً حثها على تناول كمية معينة، لكنها كانت عملية شاقة للغاية. كانت كل وجبة تستغرق ساعة أو ساعتين؛ وكان عليَّ أن أجلس بجانبها، وأضع ملعقة أو شوكة في يدها، وأطلب منها بين الحين والآخر أن تأكل بهدوء شديد وفي الوقت نفسه أمسك ذراعها أو يدها. وكل خمس دقائق أو نحو ذلك قد تأكل ملعقة واحدة بشكلٍ آلي».[12]

يُقال لك باستمرار في أثناء حالة الاكتئاب إن حكمك على الأشياء لم يعد صحيحًا، ولكن الاكتئاب يمس الإدراك والتفكير أيضًا. إن تعرضك للانهيار لا يعني أن حياتك لا تكون في حالة من الفوضى وبها مشكلات أخرى. فإذا كانت هناك مشكلات نجحت في تجنبها أو تفاديها لسنوات، فإنها تعود للظهور مرة أخرى وتحدق إلى وجهك بالكامل، وأحد جوانب الاكتئاب هو المعرفة العميقة بأن الأطباء الذين يؤكدون لك أن حكمك غير صحيح هم مخطئون. فأنت تكون على اتصال وثيق بالفظاعة الحقيقية في حياتك. يمكنك أن تتقبل بعقلانية أنه لاحقًا، بعد بدء العلاج، ستكون أكثر قدرة على التعامل مع الفظائع، لكنك لن تتحرر منها. عندما تكون مكتئبًا، تمتص اللحظة الحالية الماضي والمستقبل بالكامل، كما هو الحال في عالم الطفل ذي السنوات الثلاث. لا يمكنك أن تتذكر الوقت الذي شعرت فيه بالتحسن، على الأقل ليس بشكل واضح؛ ومن المؤكد أنك لا تستطيع أن تتخيل وقتًا في المستقبل ستشعر فيه بالتحسن. إن الانزعاج، حتى الانزعاج العميق، هو تجربة مؤقتة، في حين أن الاكتئاب غير مؤقت. يتركك الانهيار بلا منظور واضح أو إحساس بالوقت.

هناك الكثير مما يحدث خلال نوبة الاكتئاب.[13] هناك تغيرات في وظيفة النواقل العصبية؛ وتغيرات في المشابك العصبية؛ وزيادة أو نقصان للاستثارة بين الخلايا العصبية؛ وتغيرات في التعبير الجيني؛ ونقص الأيض في القشرة الأمامية (عادة) أو فرط الأيض في المنطقة نفسها؛ وارتفاع مستويات هرمون الغدة الدرقية؛ واضطراب وظيفة اللوزة الدماغية وربما منطقة ما تحت المهاد (مناطق داخل الدماغ)؛ وتغير مستويات الميلاتونين (هرمون تصنعه الغدة الصنوبرية من السيروتونين)؛ وزيادة البرولاكتين (زيادة اللاكتات لدى الأفراد المعرضين للقلق تؤدي إلى نوبات الهلع)؛ وثبات درجة حرارة الجسم؛ وتشوه إفراز الكورتيزول؛ واضطراب الدائرة التي تربط المهاد، والعقد القاعدية، والفصوص الأمامية (مناطق في الدماغ)؛ وزيادة تدفق الدم إلى الفص الجبهي لنصف المخ الأيسر؛ وانخفاض تدفق الدم إلى الفص القذالي (الذي يتحكم في الرؤية)؛ وانخفاض إفرازات المعدة.[14] من الصعب أن نعرف ماذا نستنتج من كل هذه الظواهر. أيٌّ منها من أسباب الاكتئاب؛ وأيها من أعراضه؟ وأيها مجرد مصادفة؟ قد تظن أن المستويات المرتفعة من هرمون الغدة الدرقية تعني أنه يسبب مشاعر سيئة، ولكن في الواقع، قد يكون تناول جرعات عالية من هرمون الغدة الدرقية علاجًا مفيدًا مؤقتًا للاكتئاب. فكما اتضح، يبدأ الجسم في إنتاج هرمون الغدة الدرقية في أثناء الاكتئاب لقدراته المضادة للاكتئاب.[15] ويمكن استخدامه كمضاد للاكتئاب مباشرة بعد نوبة اكتئاب شديدة رغم أنه ليس مضادًّا للاكتئاب بشكل عام، لأن الدماغ، على الرغم من أنه يعاني الكثير من المشكلات في الاكتئاب، يصبح أيضًا حساسًا للغاية للأشياء التي يمكن أن تساعد في حل تلك المشكلات. تُغير خلايا الدماغ وظائفها بسهولة، وخلال نوبة الاكتئاب، تحدد النسبة بين التغيرات المَرَضية (التي تُسبب الاكتئاب) والتغيرات التكيفية (التي تحاربه) ما إذا كنت ستظل مريضًا أو ستتحسن. إذا كان لديك أدوية تستغل أو تساعد عوامل التكيف بما يكفي للقضاء على العوامل المرضية مرة واحدة وإلى الأبد، فسوف تتحرر من هذه الدورة ويمكن لعقلك أن يواصل أعماله الروتينية المعتادة.

كلما زاد عدد نوباتك، زادت احتمالية تعرضك لمزيد من النوبات، وبشكل عام، تزداد النوبات سوءًا مع مرور العمر وتقترب من بعضها بعضًا.[16] وهذا التسارع هو دليل على كيفية عمل المرض. عادةً ما ترتبط البداية الأولية للاكتئاب إما بأحداث مُحفزة وإما بمأساة؛ فالأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي للإصابة بالاكتئاب، كما أشارت كاي جاميسون -عالمة النفس ذات الشخصية الجذابة التي ساهمت نصوصها الأكاديمية والشعبية كثيرًا في تغيير التفكير في اضطرابات المزاج- «هم أقرب إلى شعلة جافة ضعيفة تنتظر الاشتعال من الشرر الناتج عن تحديات الحياة».[17] ويتحرر التكرار في مرحلةٍ ما من الظروف. إذا حفزتَ النوبات عند حيوان كل يوم، فإن النوبات تصبح في النهاية تلقائية؛ وستستمر في الحدوث للحيوان حتى لو أزلت المُحفِّز.[18] وبالطريقة نفسها تقريبًا، فإن الدماغ الذي أُصِيب بالاكتئاب عدة مرات سيستمر في العودة إلى الاكتئاب مرارًا وتكرارًا. يشير هذا إلى أن الاكتئاب، حتى لو كان ناجمًا عن

مأساة خارجية، يؤدي في النهاية إلى تغيير بنية الدماغ وكذلك كيميائه الحيوية. يقول روبرت بوست، رئيس فرع الطب النفسي البيولوجي في المعهد الوطني للصحة النفسية موضحًا: «لذلك فهو ليس مرضًا حميدًا كما كنا نفترض. فهو عادة ما يكون متكررًا؛ وعادة ما يزداد سوءًا. ولذلك ينبغي للمرء في مواجهة العديد من النوبات أن يفكر في العلاج الوقائي طويل الأمد لتجنب كل العواقب الرهيبة. ليس الاكتئاب أمرًا هينًا. كما تعلمون، فهو بالإضافة إلى كونه حالة بائسة وفظيعة وغير بنَّاءة، يقتل الناس أيضًا في أغلب الأحيان. وليس فقط من خلال الانتحار، ولكن أيضًا من خلال رفع احتمالية الإصابة بأمراض القلب، وانخفاض الاستجابة المناعية، وما إلى ذلك». في كثير من الأحيان، يتوقف المرضى الذين يستجيبون للأدوية عن الاستجابة لها إذا استمروا في تناولها وإيقافها على فترات؛ ومع كل نوبة، هناك خطر متزايد بنسبة 10% بأن يصبح الاكتئاب مزمنًا ولا مفر منه. يوضح بوست: «إنه يشبه السرطان في مراحله الأولي الذي يستجيب للأدوية بشكل كبير، ولكن بمجرد أن ينتشر، فإنه لا يستجيب على الإطلاق. إذا تعرضت لعدد كبير جدًّا من النوبات، فإن ذلك يغير الكيمياء الحيوية لديك بشكل سيئ، وربما بشكل دائم. في تلك المرحلة، لا يزال العديد من المعالجين يبحثون في الاتجاه الخاطئ تمامًا. إذا حدثت النوبة الآن بشكل تلقائي، فما الفائدة من القلق بشأن عامل الضغط الذي بدأ العملية الأصلية؟ لقد فات الأوان لذلك». ما أصلِح يكون مجرد ترقيع ولا يمكن أن يكون كاملًا مرة أخرى.

هناك ثلاثة أحداث منفصلة -انخفاض مستقبلات السيروتونين، وارتفاع مستوى الكورتيزول (وهو هرمون التوتر) والاكتئاب- متزامنة. تسلسلها غير معروف؛ إنه لغز من قبيل لغز الدجاجة والبيضة. إذا أتلفت نظام السيروتونين في دماغ حيوان، فإن مستويات الكورتيزول ترتفع.[19] إذا رفعت مستويات الكورتيزول، يبدأ السيروتونين في الانخفاض. إذا أحدثت توترًا أو ضغطًا نفسيًّا لدى شخص ما، فإن الهرمون المطلق لموجهة القشرة (CRH) يرتفع ويؤدي إلى ارتفاع مستوى الكورتيزول. إذا جعلت شخصًا يكتئب، تنخفض مستويات السيروتونين. ماذا يعني هذا؟ لقد كانت المادة المحورية لعقود هي السيروتونين، والعلاجات الأكثر استخدامًا لعلاج الاكتئاب في الولايات المتحدة هي تلك التي ترفع المستوى الوظيفي للسيروتونين في الدماغ. وفي كل مرة تؤثر فيها على السيروتونين، فإنك تعدِّل أيضًا أنظمة التوتر وتغير مستوى الكورتيزول في الدماغ.[20] تقول إليزابيث يونج، التي تعمل في هذا المجال بجامعة ميشيجان: «لا أستطيع أن أقول إن الكورتيزول يسبب الاكتئاب، لكنه قد يؤدي إلى تفاقم حالة بسيطة ويخلق متلازمة حقيقية». يرتبط الكورتيزول، بمجرد إنتاجه، بمستقبلات الجلايكورتيكويد في الدماغ. وتعمل مضادات الاكتئاب على زيادة عدد مستقبلات الجلايكورتيكويد، التي تمتص بعد ذلك الكورتيزول الزائد الذي يطفو هناك. وهذا مهم للغاية لتنظيم الجسم بشكل عام. تعمل مستقبلات الجلايكورتيكويد في الواقع على تشغيل وإيقاف بعض الجينات، وعندما يكون لديك عدد قليل نسبيًّا من المستقبلات التي يغمرها الكثير من

الكورتيزول، فإن ذلك يُجهد النظام. تقول يونج: «إن الأمر يشبه وجود نظام تدفئة. إذا كان مستشعر درجة الحرارة في مكان مُعرَّض للتيارات العاتية، فلن تنطفئ الحرارة أبدًا على الرغم من أن الغرفة شديدة الحرارة. أما إذا أضفت عددًا قليلًا من أجهزة الاستشعار في جميع أنحاء الغرفة، فيمكنك إعادة النظام تحت السيطرة».

في الظروف العادية، تلتزم مستويات الكورتيزول بقواعد واضحة إلى حد ما. النمط الطبيعي للكورتيزول هو أن يرتفع في الصباح (هذا ما يجعلك تنهض من السرير) ثم ينخفض مع مرور الوقت. في مرضى الاكتئاب، عادةً ما يكون الكورتيزول مرتفعًا طوال اليوم. يكون هناك خطأ ما في الدوائر المثبطة التي ينبغي أن توقف إنتاج الكورتيزول مع مرور الوقت خلال اليوم. قد يكون من الممكن تنظيم الاكتئاب عن طريق معالجة نظام الكورتيزول مباشرة، بدلًا من العمل من خلال نظام السيروتونين. بناءً على الأبحاث الأساسية التي أُجريت في ميشيجان، عالج الباحثون في أماكن أخرى مرضى الاكتئاب باستخدام الكيتوكونازول، وهو دواء يقلل الكورتيزول، وأظهر ما يقرب من 70 % من هؤلاء المرضى تحسنًا ملحوظًا.[21] في الوقت الحالي، يسبب الكيتوكونازول الكثير من الآثار الجانبية بحيث يصعب أن يكون جذابًا كمضاد للاكتئاب، لكن العديد من شركات الأدوية الكبرى تُجري بحوثًا حول الأدوية ذات الصلة التي قد لا تكون لها هذه الآثار الجانبية السلبية. ومع ذلك، يجب تنظيم هذا العلاج بعناية، نظرًا لأن الكورتيزول ضروري لاستجابات الكر أو الفر؛ أي تلك الطاقة التي تساعد المرء على النضال في مواجهة الصعوبات؛ ومهم كمضاد للالتهابات؛ ولاتخاذ القرارات؛ والأهم من ذلك، أنه مهم لتحفيز جهاز المناعة على العمل في مواجهة الأمراض المعدية.

أُجريت مؤخرًا دراسات على أنماط الكورتيزول على قرود البابون ومراقبي الحركة الجوية. تميل قرود البابون[22]، التي كانت تعاني ارتفاع مستويات الكورتيزول على المدى الطويل، إلى الإصابة بجنون الارتياب، وعدم القدرة على التمييز بين التهديد الحقيقي والوضع غير المريح إلى حد ما، ومن المرجح أن تتقاتل بشدة من أجل موزة بجوار شجرة مليئة بالفاكهة الناضجة وكأنهم يتقاتلون على حياتهم. أما في حالة مراقبي الحركة الجوية، كان لدى أولئك الذين يتمتعون بصحة نفسية ارتباط دقيق بين مدى توترهم ومستوى الكورتيزول لديهم، في حين أن أولئك الذين كانوا في حالة سيئة كان لديهم ارتفاع كبير في مستوى الكورتيزول. بمجرد أن تتشوه العلاقة بين الكورتيزول والتوتر، يمكن أن تصاب بالهستيريا بشأن الموز؛ ستجد أن كل ما يحدث لك مرهق ومُجهد ومُسبب للضغط. تقول يونج: «وهذا شكل من أشكال الاكتئاب، ومن ثم فإن الشعور بالاكتئاب هو في حد ذاته أمر مرهق وضاغط؛ إنه دوامة هبوطية».

بمجرد تعرضك للضغط الكافي للتسبب في زيادة طويلة في مستويات الكورتيزول لديك، فإن نظام الكورتيزول لديك يتضرر، وفي المستقبل لن يتوقف بسهولة بمجرد تنشيطه. بعد ذلك، قد لا يعود الكورتيزول بعد ارتفاعه إلى طبيعته كما هو الحال في الظروف العادية. مثل أي شيء كُسر من قبل، فإن نظام الكورتيزول يكون عُرضة للكسر مرارًا وتكرارًا، مع ضغط

خارجي أقل وأقل. يتعرض الأشخاص الذين أُصيبوا باحتشاء عضلة القلب بعد تعرضهم لإجهاد بدني كبير للانتكاسة حتى في أثناء جلوسهم على كرسي مريح بذراعين، حيث يصبح القلب منهكًا، وفي بعض الأحيان يستسلم حتى دون إجهاد كبير. الشيء نفسه يمكن أن يحدث للعقل.[23]

إن حقيقة أن شيئًا ما يظهر في الجسد لا تتعارض مع وجود أصول نفسية اجتماعية له. يقول خوان لوبيز، الذي يعمل مع يونج: «زوجتي طبيبة غدد صماء، وترى أطفالًا مصابين بالسكري. حسنًا، من الواضح أن مرض السكري هو مرض يصيب البنكرياس، لكن العوامل الخارجية تؤثر عليه. ليس فقط ما تأكله، ولكن أيضًا مدى التوتر والضغط النفسي الذي تشعر به، فالأطفال الذين ينشؤون في بيئة منزلية سيئة حقًّا يصابون بالهلع ويتدهور مستوى السكر في الدم لديهم. وحقيقة حدوث ذلك لا تجعل من مرض السكري مرضًا نفسيًّا». وفي مجال الاكتئاب فإن الضغط النفسي يتحول إلى تغيرٍ بيولوجي، والعكس صحيح. إذا أخضع الشخص نفسه لضغط شديد، يُطلَق الهرمون المطلق لموجهة القشرة CRH (الهرمون المطلق للكورتيكوتروبين) وغالبًا ما يساعد في إحداث الواقع البيولوجي للاكتئاب. يمكن أن تساعد الأساليب النفسية التي تمنعك من الشعور بالتوتر الشديد في الحفاظ على مستويات منخفضة من هذا الهرمون، وبالتالي هرمون الكورتيزول. يقول لوبيز: «يولد المرء بجيناته ولا يختارها، وليس هناك ما يمكنك فعله حيالها. ولكن يمكنك في بعض الأحيان التحكم في كيفية تعبيرها عن نفسها».

في عمله البحثي، عاد لوبيز إلى النماذج الحيوانية الأكثر وضوحًا. يقول: «إذا أحدثت توترًا وضغطًا نفسيًّا كبيرًا للفأر، فسيكون لديه مستويات عالية من هرمونات التوتر.[24] إذا نظرت إلى مستقبلات السيروتونين لديه، فسيكون من الواضح أنها معطوبة بسبب التوتر. إن دماغ الفئران شديدة التوتر يشبه إلى حد كبير دماغ الفئران المكتئبة للغاية. وإذا أثَّرت على الدماغ بمضادات الاكتئاب التي تغير السيروتونين، فإن الكورتيزول لديه يعود إلى طبيعته في النهاية. من المرجح أن تكون بعض حالات الاكتئاب أكثر ارتباطًا بالسيروتونين، وبعضها يرتبط ارتباطًا وثيقًا بالكورتيزول، ومعظمها يخلط بين الاثنين بطريقة ما. إن التفاعل المتبادل بين هذين النظامين هو جزء من نفس الفيزيولوجيا المرضية». لقد كانت تجارب الفئران كاشفة، لكن قشرة الفص الجبهي، تلك المنطقة من الدماغ التي يمتلكها البشر، التي تجعلنا أكثر تطورًا من الفئران، تحتوي أيضًا على العديد من مستقبلات الكورتيزول، ومن المرجح أن تكون متورطة في تعقيدات الاكتئاب البشري. تُظهر أدمغة المُنتحرين مستويات عالية جدًّا من الهرمون المطلق لموجهة القشرة (CRH)، إذ يكون «مُفرطًا، كما لو كانوا يضخون هذه المادة في أجسادهم». وتكون الغدد الكظرية لديهم أكبر من تلك الموجودة لدى الأشخاص الذين يموتون لأسباب أخرى، لأن المستوى العالي من الهرمون المطلق لموجهة القشرة قد تسبَّب في الواقع في تضخم الجهاز الكظري. يشير أحدث عمل للوبيز إلى أن ضحايا الانتحار يُظهِرون

في الواقع انخفاضًا كبيرًا في مستقبلات الكورتيزول في قشرة الفص الجبهي (مما يعني أن الكورتيزول في تلك المنطقة لا يُتخلَّص منه بالسرعة التي ينبغي أن يحدث ذلك بها). يقول لوبيز إن الخطوة التالية هي النظر إلى أدمغة الأشخاص الذين يمكن أن يتعرضوا لكميات هائلة من التوتر، الذين يمكنهم الاستمرار في العمل على الرغم من ذلك. يسأل لوبيز: «ما هي الكيمياء الحيوية لآلية التكيف الخاصة بهم؟ كيف يمكنهم الحفاظ على هذه المرونة؟ ما هي أنماط إطلاق الهرمون المطلق لموجهة القشرة في أدمغتهم؟ كيف تبدو مستقبلاتهم؟».[25]

يركز جون جريدن، رئيس القسم الموجود به لوبيز ويونج، على التأثيرات طويلة المدى للتوتر المستمر ونوبات الاكتئاب المستمرة. إذا كان لديك الكثير من التوتر ومستوى مرتفع جدًّا من الكورتيزول لفترة طويلة جدًّا، فإنك تبدأ في تدمير الخلايا العصبية نفسها التي يجب أن تنظم حلقة التغذية الراجعة وتخفض مستوى الكورتيزول بعد انتهاء التوتر. وفي نهاية المطاف، يؤدي هذا إلى تضرر في الحصين واللوزة الدماغية، وفقدان أنسجة الشبكة العصبية. كلما طالت فترة بقائك في حالة اكتئاب، زادت احتمالية إصابتك بتضرر كبير، مما قد يؤدي إلى اعتلال الأعصاب المحيطية؛ إذ تبدأ رؤيتك في التلاشي ويمكن أن تسوء جميع أنواع الأشياء الأخرى. يقول جريدن: «يعكس هذا حقيقة واضحة مفادها أننا لا نحتاج إلى علاج الاكتئاب عند حدوثه فحسب، بل نحتاج أيضًا إلى منعه من التكرار. إن نهجنا في مجال الصحة العامة في الوقت الحالي خاطئ تمامًا. يجب على الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب المتكرر أن يستمروا في تناول الدواء بشكل دائم، وليس تناوله ثم إيقافه في دورات، لأنه بالإضافة إلى الآلام والمعاناة التي تسببها النوبات الاكتئابية، فإن هؤلاء الأشخاص في الواقع يدمرون أنسجتهم العصبية». يتطلع جريدن إلى المستقبل الذي قد يقودنا فيه فهمنا للعواقب الجسدية للاكتئاب إلى استراتيجيات لتغيير هذه العواقب. «ربما سنحاول الحقن الانتقائي لعوامل النمو العصبية في مناطق معينة من الدماغ لجعل نوعٍ معين من الأنسجة يتكاثر وينمو. ربما سنكون قادرين على استخدام أنواع أخرى من التحفيز، المغناطيسي أو الكهربائي، لتشجيع النمو في مناطق معينة».[26]

أتمنى ذلك. إن تناول الحبوب أمر مكلف، ليس فقط من الناحية المالية، بل أيضًا من الناحية النفسية. ومن المهين الاعتماد عليها. ومن الصعب المداومة على تناولها في مواعيدها. ومن المؤذي أن تعرف أنه دون هذه التدخلات الدائمة، لن تكون نفسك كما عرفتها. لست متأكدًا من سبب شعوري بهذه الطريقة؛ فأنا أرتدي عدسات لاصقة ودونها أكون أعمى تقريبًا، ولا أشعر بالخجل من عدساتي أو من حاجتي إليها (على الرغم من أنني سأُفضِّل أن أحظى برؤية مثالية). إن الوجود المستمر للأدوية هو بالنسبة لي تذكير بالضعف والنقص. وأنا أنشد الكمال وأُفضِّل ألا يحدث أي تغيرٍ للأشياء نتيجة تدخلٍ بشري.

على الرغم من أن التأثيرات الأولية لمضادات الاكتئاب تبدأ بعد نحو أسبوع، فإن الأمر يستغرق ما يصل إلى ستة أشهر للحصول على الفوائد الكاملة.[27] جعلني زولوفت أشعر

بالفزع، ولذلك استبدل به طبيبي باكسيل بعد بضعة أسابيع. لم أكن متحمسًا بشأن باكسيل، ولكن يبدو أنه نجح وكانت آثاره الجانبية أقل بالنسبة لي. ولم أعلم إلا في وقت لاحق أنه في حين أن أكثر من 80% من مرضى الاكتئاب يستجيبون للأدوية، فإن 50% فقط يستجيبون لدوائهم الأول، أو في الواقع، لأي دواء معين.[28] وفي هذه الأثناء، تكون هناك دورة رهيبة؛ فأعراض الاكتئاب تُسبِّب الاكتئاب. الوحدة أمر محبط، لكن الاكتئاب يسبب الوحدة أيضًا. إذا لم تتمكن من القيام بوظائفك، ستصبح حياتك في حالة من الفوضى كما كنت تظن؛ وإذا كنت لا تستطيع التحدث وليس لديك أي دوافع جنسية، فإن حياتك العاطفية والاجتماعية تختفي، وهذا أمر محبط حقًا. كنت، في معظم الأوقات، منزعجًا جدًّا من كل شيء لدرجة أنني لم أنزعج من أي شيء على وجه الخصوص؛ هذه هي الطريقة الوحيدة التي يمكنني من خلالها تحمل فقدان العاطفة والمتعة والكرامة التي جلبها المرض إلي. كما أنني، على نحوٍ غير مريح، كانت لدي جولات ترويجية لكتابي يتعين القيام بها مباشرة بعد عيد ميلادي. كان عليَّ أن أذهب إلى مجموعة متنوعة من المكتبات والأماكن الأخرى وأقف أمام مجموعات من الغرباء وأقرأ بصوت عالٍ من الرواية التي كتبتها. كان مجرد تخيُّل ذلك يُنذر بكارثة، لكنني كنت مصممًا على تجاوزها. قبل الجولة الأولى من هذه الجولات، في نيويورك، أمضيت أربع ساعات في الاستحمام، ثم ساعدني صديق مقرب خاض من قبل صراعات خاصة مع الاكتئاب في الاستحمام بماء بارد. لم يفتح الماء فحسب، بل ساعدني أيضًا في التغلب على الصعوبات المرهقة مثل الأزرار والأربطة، ووقف في الحمام حتى يتمكن من مساعدتي على الخروج مرة أخرى.[29] ثم ذهبت للجولة وقرأت. شعرت كما لو كان هناك مسحوق في فمي يعيقني عن التحدث، ولم أتمكن من السمع جيدًا، وظللت أفكر في أنني قد أفقد وعيي، لكنني تمكَّنتُ من القيام بالأمر. ثم ساعدني صديق آخر في العودة إلى المنزل، وعدت إلى السرير حيث كنت أقضي معظم وقتي. لم أعد أبكي. وإذا تناولت ما يكفي من زاناكس، كان بإمكاني السيطرة على التوتر. كنت لا أزال أجد الأنشطة الطبيعية شِبه مستحيلة، وأستيقظ كل يوم في حالة من الذعر، في وقت مبكر، وأحتاج إلى بضع ساعات للتغلب على خوفي بما يكفي للنهوض من السرير؛ لكن كان يمكنني إجبار نفسي على الخروج إلى الأماكن العامة لمدة ساعة أو ساعتين في كل مرة.

عادة ما يكون التعافي بطيئًا، ويتوقف الناس عند مراحل مختلفة منه. وصفت إحدى العاملات في مجال الصحة النفسية صراعها المستمر مع الاكتئاب قائلة: «إنه لا يتركني أبدًا، لكنني أحاربه كل يوم. أتناول الدواء، وهذا يساعدني، وقد قررت أنني لن أسمح لنفسي بالاستسلام له. لدي ابن يعاني هذا المرض، ولا أريده أن يعتقد أنه سببٌ كافٍ لعدم التمتع بحياة طيبة. أستيقظ كل يوم، وأعدُّ الإفطار لأطفالي. وفي بعض الأيام يمكنني الاستمرار، وفي بعض الأيام الأخرى يجب أن أعود إلى السرير بعد ذلك، لكنني أستيقظ كل يوم. آتي إلى هذا المكتب في وقتٍ ما كل يوم. في بعض الأحيان آتي متأخرة بضع ساعات، لكنني لم أفوِّت يومًا

كاملًا بسبب الاكتئاب». كانت الدموع تنهمر على وجهها بينما كنا نتحدث، لكن فكَّها كان ثابتًا وواصلت الحديث. وأردفت: «في أحد أيام الأسبوع الماضي، استيقظت وكان الأمر سيئًا للغاية. تمكَّنت من النهوض من السرير، والذهاب إلى المطبخ، وحساب كل خطوة، وفتح الثلاجة. وبعد ذلك كانت كل أدوات الإفطار في الجزء الخلفي من الثلاجة، ولم أتمكن من الوصول إلى هذا الحد. عندما دخل أطفالي، كنت واقفة هناك، أحدِّق إلى الثلاجة. أكره أن أكون هكذا.. أن أكون هكذا أمامهم». تحدثنا عن المعركة اليومية: قالت: «شخص مثل كاي جاميسون، أو شخص مثلك، يجتاز هذا الأمر بقدر كبير من الدعم. أما أنا فمات والداي، وأنا مطلقة، وأجد صعوبة في التواصل مع أي أحد».

* * *

غالبًا ما تكون أحداث الحياة هي المُحفِّز للاكتئاب. يقول ملفين ماكجينيس من جامعة جونز هوبكنز: «أن يعاني الشخص الاكتئاب في وضعٍ مستقر هو أمر أقل احتمالًا بكثير من أن يعانيه في وضع غير مستقر». ويقول جورج براون، من جامعة لندن: «وجهة نظرنا هي أن أصل معظم حالات الاكتئاب يكمن في عوامل مجتمعية أو بيئية؛ هناك أيضًا مكوِّنٌ مَرَضي، لكن معظم الناس يتعرضون للاكتئاب الشديد في ظل مجموعة معينة من الظروف. تختلف درجة القابلية للتعرض له بالطبع بين الناس، لكنني أعتقد أن ثلثي الناس على الأقل لديهم مستوى كافٍ من القابلية له».[30] ووفقًا للبحث الشامل الذي أجراه على مدى خمسة وعشرين عامًا، فإن الأحداث المُهدِّدة للحياة بشدة هي المسؤولة عن إثارة الاكتئاب الأوَّلي.[31] تنطوي هذه الأحداث عادة على خسارة شخص مهم، أو دور معين في الحياة، أو فكرة عن نفسك، وتكون في أسوأ حالاتها عندما تنطوي على الإذلال أو الشعور بالحصار. يمكن أن يحدث الاكتئاب أيضًا بسبب التغيير الإيجابي. إن إنجاب طفل، أو الحصول على ترقية، أو الزواج هي أحداث لديها قدرة على تأجيج الاكتئاب بقدر الموت أو الخسارة.

وفق المنظور التقليدي، هناك نموذجان للاكتئاب: النموذج الداخلي والنموذج التفاعلي، حيث يبدأ الاكتئاب وفق النموذج الداخلي عشوائيًّا من الداخل، في حين أنه وفق النموذج التفاعلي يكون استجابة متطرفة لموقف حزين. لقد انهار هذا التمييز في العقد الأخير، حيث أصبح من الواضح أن معظم حالات الاكتئاب تمزج بين العوامل التفاعلية والداخلية. روى لي راسل جودارد، من جامعة ييل، قصة معاناته مع الاكتئاب: «لقد تناولت الأسيندين وأدى ذلك إلى إصابتي بالذهان. اضطرت زوجتي إلى نقلي إلى المستشفى». حصل على نتائج أفضل مع ديكسيدرين. وغالبًا ما كان يتصاعد اكتئابه في أثناء الأحداث العائلية. قال لي: «كنت أعلم أن حفل زفاف ابني سيكون عاطفيًّا، وأن أي شيء عاطفي، سواء كان جيدًا أو سيئًا، يزعجني. أردت أن أكون مستعدًّا. لقد كرهت دائمًا فكرة العلاج بالصدمات الكهربائية، لكنني ذهبت إليها على أي حال. بيد أنها لم تفعل أي شيء. وعندما جاء موعد حفل الزفاف، لم أتمكن حتى من

النهوض من السرير. تحطم قلبي، ولم أفلح في الذهاب إلى هناك». يضع هذا ضغطًا رهيبًا على الأسرة وعلى العلاقات الأسرية. وأوضح جودارد: «عرفت زوجتي أنها لا تستطيع فعل أي شيء. لقد تعلمتْ أن تمنحني مساحة وحدي، والحمد لله». لكن العائلة والأصدقاء غالبًا ما يكونون غير قادرين على القيام بذلك، وغير قادرين على الفهم. ويكون بعضهم متساهلًا أكثر من اللازم. إذا تعاملت مع شخص ما على أنه معاق تمامًا، فسوف يرى نفسه معاقًا تمامًا، وهذا يمكن أن يجعله معاقًا بقدرٍ أكبر مما هو بالفعل. وقد أدى وجود الدواء إلى زيادة التعصب الاجتماعي. سمعت ذات مرة امرأة تقول لابنها في المستشفى: «لديك مشكلة؟ تناول عقار بروزاك وتغلب عليها ثم اتصل بي». إن تحديد المستوى الصحيح من التسامح والتقبُّل أمر ضروري ليس فقط للمريض ولكن أيضًا للعائلة. قالت لي كاي جاميسون ذات مرة: «يجب على العائلات أن تحمي نفسها من عدوى اليأس».[32]

ما يبقى غير واضح هو متى يثير الاكتئاب أحداثًا في الحياة، ومتى تثير أحداث الحياة الاكتئاب. يتداخل المرض والعَرَض معًا ويسبب كل منهما الآخر: الزيجات السيئة تسبب أحداث حياة سيئة تسبب اكتئابًا يسبب علاقات سيئة، تُسبب زيجات سيئة. وفقًا للدراسات التي أُجريت في بيتسبرج، عادة ما تكون النوبة الأولى من الاكتئاب الشديد مرتبطة بشكل وثيق بأحداث الحياة؛ والثانية أقل إلى حد ما؛ وبحلول النوبتين الرابعة والخامسة يبدو أن أحداث الحياة لا تلعب أي دور على الإطلاق. يوافق براون على أنه بعد نقطة معينة، «ينطلق الاكتئاب بقوته الخاصة» ويصبح عشوائيًّا وداخليًّا، ومنفصلًا عن أحداث الحياة. وعلى الرغم من أن معظم الأشخاص المصابين بالاكتئاب قد نجوا من بعض الأحداث الفارقة، فإن واحدًا من كل خمسة ممَّن مروا بهذه الأحداث سيصاب بالاكتئاب. ومن الواضح أن التوتر والضغط النفسي يؤديان إلى ارتفاع معدلات الاكتئاب. يتمثل أكبر ضغط نفسي في الإذلال. والثاني في الخسارة. إن أفضل وسيلة دفاع للأشخاص الذين يعانون ضعفًا بيولوجيًّا، هي الزواج «الجيد بما فيه الكفاية»، الذي يمتص الإهانات الخارجية ويقلل منها. يعترف براون بأن «التغيرات النفسية والاجتماعية تخلق تغيرات بيولوجية. الفكرة هي أن الثغرة يجب أن تنشأ في البداية عن طريق أحداث خارجية».

قبل أن تبدأ جولاتي الترويجية للكتاب، بدأت بتناول نافان، وهو دواء مضاد للذهان له تأثيرات مضادة للقلق، الذي كنا نأمل أن يسمح لي بتناول عقار زاناكس بشكل أقل. كانت ارتباطاتي التالية في كاليفورنيا. اعتقدت أنني لا أستطيع الذهاب؛ كنت أعلم أنني لا أستطيع الذهاب وحدي. في النهاية أخذني والدي إلى هناك؛ وبينما كنت تحت تأثير زاناكس، اصطحبني إلى داخل وخارج الطائرة، وخارج المطار، وإلى الفندق. لقد كنت مخدرًا جدًّا لدرجة أنني كنت على وشك النوم، لكن في هذه الحالة كان بإمكاني التحكم في هذه التغيرات، التي لم يكن من الممكن تصورها بالنسبة لي قبل أسبوع. كنت أعلم أنه كلما تمكَّنت من فعل المزيد، قلَّت رغبتي في الموت، لذلك بدا من المهم الذهاب. عندما وصلنا إلى سان فرانسيسكو، ذهبت إلى

الفراش ونمت لمدة اثنتي عشرة ساعة تقريبًا. ثم، خلال عشائي الأول هناك، شعرت فجأة بتحسُّن. جلسنا في المطعم الكبير والمريح في الفندق، واخترت طعامي بنفسي. لقد كنت أقضي أيامًا متواصلة مع والدي، لكن لم يكن لدي أي فكرة عما كان يحدث في حياته، سواي؛ تحدثنا في تلك الليلة كما لو كنا نتقابل بعد أشهر من الفراق. وفي الطابق العلوي، جلسنا نتحدث أكثر حتى وقت متأخر، وعندما ذهبت أخيرًا إلى السرير، كنت منتشيًا تقريبًا. تناولت بعض الشوكولاتة من الثلاجة الصغيرة، وقرأت بضع صفحات من رواية أحضرتها معي، وقصصت أظفاري. شعرت بالاستعداد للعالم.

في صباح اليوم التالي، شعرت بالسوء تمامًا، مثلما كنت من قبل. ساعدني والدي في النهوض من السرير، وفتح الدش. حاول أن يجعلني آكل، لكنني كنت خائفًا جدًّا من المضغ. تمكَّنت من شرب بعض الحليب. كدت أتقيأ عدة مرات. اجتاحني شعور بالبؤس والكآبة، مثل ما يمكن أن يشعر به المرء إذا سقط للتو وحطم شيئًا ثمينًا. في هذه الأيام، كان يمكن لربع مليجرام من زاناكس أن يجعلني أنام لمدة اثنتي عشرة ساعة. في ذلك اليوم، تناولت ثمانية مليجرامات منه وكنت لا أزال متوترًا للغاية لدرجة أنني لم أستطع الجلوس ساكنًا. في المساء شعرت بتحسن ولكن ليس كثيرًا. هكذا يكون الانهيار في تلك المرحلة: خطوة إلى الأمام، خطوتان إلى الخلف، خطوتان إلى الأمام، وخطوة إلى الخلف. خطوات دائرية، إذا صح التعبير.

وخلال الفترة التي تلت ذلك، بدأت الأعراض في الانقشاع. بدأت أشعر بالتحسن في وقت مبكر من اليوم، ولفترة أطول، وفي كثير من الأحيان. وسرعان ما أصبحت أستطيع إطعام نفسي. من الصعب شرح طبيعة الإعاقة كما كانت موجودة في ذلك الوقت، لكنها كانت تُشبه أرذل العمر وفق تخيلي. كانت جدتي الكبرى بياتريس مذهلة في التاسعة والتسعين من عمرها، لأنها كانت تستيقظ كل يوم وترتدي ملابسها. وإذا كان الطقس مقبولًا، كانت تمشي لمسافة ثماني بنايات. كانت تهتم بملابسها، وتحب التحدث على الهاتف لساعات. كانت تتذكر أعياد ميلاد الجميع، وتخرج أحيانًا لتناول الغداء. بعد أن تخرج من حالة الاكتئاب، تصل إلى النقطة التي تستيقظ فيها وترتدي ملابسك كل يوم. وإذا كان الطقس جميلًا، يمكنك الذهاب في نزهة على الأقدام، وربما يمكنك تناول الغداء أيضًا. ويمكنك التحدث على الهاتف. لم تكن العمَّة بيا تلهث لالتقاط أنفاسها في نهاية جولاتها؛ بل تسير ببطء قليلًا، لكنها كانت تقضي وقتًا ممتعًا وتكون سعيدة بخروجها. وهكذا يكون الحال عندما تخرج لتوك من الاكتئاب، إذ إن كونك طبيعيًّا تمامًا في أثناء الغداء لا يعني أنك أفضل تمامًا، مثلما أن قدرة العمة بيا على المشي لثماني بنايات لا تعني أنها كانت ترقص كل يوم ليلًا مثلما كانت في السابعة عشرة من عمرها.

لا يمكنك التغلب على الانهيارات بسرعة أو بسهولة. تستمر الأمور في كونها وعرة. إذ على الرغم من أن بعض أعراض الاكتئاب بدت وكأنها تتحسن، فقد كانت لدي استجابة سلبية تراكمية غير عادية ومؤسفة لعقار نافان. وبحلول نهاية الأسبوع الثالث، كنت قد بدأت أفقد

القدرة على الوقوف منتصبًا. كنت أمشي لبضع دقائق ثم أضطر إلى الاستلقاء. لم أستطع التحكم في تلك الحاجة أكثر مما أستطيع التحكم في الحاجة إلى التنفس. كنت أذهب لجولة ترويجية للكتاب وأتشبث بالمنصة. وفي منتصف القراءة، أبدأ بتخطي الفقرات حتى أتمكن من إكمال الأمر. وعندما أنتهي، كنت أجلس على الكرسي وأتمسك بالمقعد. وبمجرد أن أتمكن من مغادرة الغرفة، أحيانًا من خلال التظاهر بأنني بحاجة إلى الحمام، كنت أستلقي مرة أخرى. لم يكن لدي أي فكرة عما يجري. أتذكر أنني خرجت في نزهة مع صديقة بالقرب من حرم جامعة بيركلي، لأنها اقترحت أن رؤية الطبيعة قد تساعدني. مشينا لبضع دقائق ثم بدأت أشعر بالتعب. أرغمت نفسي على مواصلة السير، معتقدًا أن الطقس والهواء سيساعدانني؛ فقد كنت في السرير طوال الساعات الخمسين الماضية أو نحو ذلك. لكن للأسف منذ أن قللت كمية عقار الزاناكس بشكل كبير، للتوقف عن النوم لمدة خمسين ساعة متواصلة، بدأت أشعر بالقلق الشديد مرة أخرى. إذا لم تشعر بالقلق من قبل، فكر في الأمر على أنه نقيض السلام. لقد جُرِّدت حياتي من كل السلام الداخلي والخارجي في تلك اللحظة.

عادةً ما يتضمن الاكتئاب أعراض القلق. من الممكن رؤية القلق والاكتئاب كحالات منفصلة، ولكن وفقًا لجيمس بالينجر من كلية طب كارولينا الجنوبية، وهو خبير بارز في القلق، «فهما توءمان غير متماثلين». يقول جورج براون: «الاكتئاب هو استجابة لخسارة الماضي، والقلق هو استجابة لخسارة المستقبل». وأشار توما الأكويني إلى أن الخوف بالنسبة إلى الحزن مثل الأمل بالنسبة إلى المتعة[33]؛ أو بعبارة أخرى، هذا القلق هو الشكل السابق للاكتئاب. لقد شعرت بالكثير من القلق عندما كنت مكتئبًا، وشعرت بالاكتئاب الشديد عندما كنت قلقًا، لدرجة أنني أدركت أن العزلة والخوف لا ينفصلان. القلق ليس جنون ارتياب. يقيِّم الأشخاص الذين يعانون اضطرابات القلق وضعهم في العالم مثلما يفعل الأشخاص الذين لا يعانونه. ما يتغير في القلق هو ما يشعر به المرء تجاه هذا التقييم. يصاب نحو نصف المرضى الذين يعانون اضطرابات القلق باكتئاب شديد في غضون خمس سنوات. وبقدر ما يتحدد الاكتئاب والقلق وراثيًّا، فإنهما يشتركان في مجموعة واحدة من الجينات (التي ترتبط بجينات إدمان الكحول).[34] لدى حالات الاكتئاب التي تتفاقم بسبب القلق معدل انتحار أعلى بكثير من حالات الاكتئاب وحده، كما أن التعافي منه أصعب بكثير. يقول بالينجر: «المعاناة من عدة نوبات هلع كل يوم يمكن أن تُضعف أشد الرجال. إنها تضربهم في مقتل، وتنتهي بهم وهم في وضع الجنين في السرير».

يعاني ما بين 10 إلى 15% من الأمريكيين نوعًا من اضطرابات القلق.[35] ويعتقد العلماء، جزئيًّا، أنه نظرًا لأن الموضع الأزرق في الدماغ يتحكم في إنتاج النورإبينفرين ويتحكم في الأمعاء السفلية كذلك، فإن نصف مرضى اضطراب القلق على الأقل يعانون متلازمة القولون العصبي أيضًا؛ وأي شخص يعاني قلقًا شديدًا يعرف مدى السرعة والقوة التي يمكن أن يمر بها الطعام عبر الجهاز الهضمي. إن كلًّا من النوربينفرين والسيروتونين متورطان في القلق.

يقول بالينجر: «تساهم أحداث الحياة، التي غالبًا ما تنطوي على فقدان الأمان، في اضطرابات القلق، حيث تمثل نحو حالتين من كل ثلاث حالات». نحو ثلث نوبات الهلع، المُلازمة لبعض حالات الاكتئاب، تحدث في أثناء النوم، في نوم دلتا العميق بلا أحلام.[36] يقول بالينجر: «في الواقع، تشتعل اضطرابات الهلع بسبب الأشياء التي تجعلنا جميعًا متوترين. عندما نعالجها، يبدو الأمر كما لو أننا نُرجِع الناس إلى مستويات القلق الطبيعي». إن اضطرابات الهلع هي في الحقيقة اضطرابات ذات استجابات مبالغة للغاية. على سبيل المثال، يعد المشي وسط حشدٍ من الناس أمرًا مزعجًا إلى حد ما لمعظم الناس حتى عندما لا يعانون اضطراب القلق؛ ولكن إذا كانوا يعانون اضطراب القلق، فقد يكون الأمر مرعبًا بشكل لا يوصف. ونحن جميعًا نمارس بعض الحذر عندما نفكر في عبور الجسر، ونفكر: هل سيتحمل هذا الثقل؟ هل هو آمن؟ ولكن بالنسبة إلى شخص يعاني اضطراب القلق، فإن عبور جسر فولاذي صلب ظل يتحمل الكثير من حركة المرور لعقود من الزمن قد يكون مخيفًا مثل عبور جراند كانيون على حبل مشدود بالنسبة إلى بقيتنا.

في ذروة القلق الذي أصابني، انطلقنا أنا وصديقتي في بيركلي لممارسة القليل من التمارين الرياضية ومشينا مرارًا وتكرارًا وبعد ذلك لم أستطع المضي قدمًا. استلقيت في الوحل، مرتديًا ملابس أنيقة تمامًا. قالت: «هيا، استند على جذع الشجرة وانهض». شعرتُ بالشلل. قلت: «من فضلك دعيني أبقى هنا»، وشعرت أنني سأبدأ في البكاء. استلقيت في ذلك الوحل لمدة ساعة، وأنا أشعر بالمياه تتسرب من ملابسي، ثم أعادتني في الأخير صديقتي إلى السيارة. بدا لي أن تلك الأعصاب نفسها التي كانت حساسة للغاية في مرحلة ما أصبحت الآن مُغلَّفة بالرصاص ولا تستشعر أي شيء. كنت أعرف أن ذلك يُعد كارثة، ولكن تلك المعرفة كانت بلا معنى ولا أهمية. كتبت سيلفيا بلاث في رواية «**الناقوس الزجاجي**» في تذكُّرها البليغ لانهيارها: «لم أستطع أن أحمل نفسي على الاستجابة. شعرت بالسكون الشديد...بالفراغ الشديد، وكأنني عين الإعصار[1] وهي تتحرك ببطء وسط الضجيج المحيط بها».[37] شعرت كما لو أن رأسي كان محصورًا في صندوق زجاجي، مثل واحدة من تلك الفراشات المحبوسة إلى الأبد في الطبقة الشفافة السميكة لثقالة الورق.

كان القيام بهذه الجولات أصعب شيء فعلته في حياتي؛ لقد كان أصعب من أي تحدٍّ واجهته من قبل أو منذ ذلك الحين. حضرت معي مسؤولة الدعاية التي نظمت جولة القراءة بنفسها وأصبحت منذ ذلك الحين صديقة عزيزة. انضم إليَّ والدي في العديد من الجولات. وعندما لم نكن معًا، كان يتصل بي كل بضع ساعات. تولى بعض الأصدقاء المقربين المسؤولية عني، ولم أكن وحدي قط. أستطيع أن أخبرك أنني لم أكن رفيقًا ممتعًا؛ وأن الحب العميق وإدراك

---

(1) عين الإعصار هي منطقة في مركز الإعصار تتميز بالجو الهادئ عمومًا في وسط الأعاصير الاستوائية القوية. (المترجم)

هذا الحب العميق ليسا العلاج في حد ذاتهما. وأستطيع أن أقول أيضًا إنه لولا الحب العميق وإدراكه، لم أكن لأجد في نفسي القدرة على الاستمرار في تلك الجولات. كنت سأجد مكانًا للاستلقاء فيه في الغابة وأظل هناك حتى أتجمد وأموت.

انقشع هذا الرعب في ديسمبر. لا أدري هل كان ذلك بسبب بدء ظهور مفعول العقاقير أم بسبب انتهاء جولات الترويج للكتاب. وفي النهاية، لم ألغِ سوى جولة واحدة فقط؛ وفي الفترة ما بين 1 نوفمبر و15 ديسمبر، تمكنت من زيارة إحدى عشرة مدينة. حظيت ببعض لحظات من الراحة من الاكتئاب، مثلما يحدث عندما ينقشع الضباب. تقول جين كينيون، الشاعرة التي عانت الاكتئاب الشديد معظم حياتها، عن بدء التعافي[38]:

«... بشعور من الدهشة
ومشاعر مختلطة، كما لو أن شخصًا
مُنِح المغفرة لذنب لم يرتكبه
عدت إلى الزواج وصحبة الأصدقاء
إلى الزهور الوردية النابضة بالحياة
عدت إلى مكتبي، وكتبي، وكرسيي».

وهكذا في الرابع من ديسمبر، دخلت إلى منزل أحد الأصدقاء في الجانب الغربي الشمالي لمنهاتن، وقضيت وقتًا ممتعًا هناك. في الأسابيع القليلة التالية، لم أستمتع بالوقت الجيد الذي كنت أقضيه، بل بحقيقة أنني أقضيه. لقد نجحت في ذلك خلال احتفالات الكريسماس ورأس السنة الجديدة وكنت أتصرف وكأنني بطبيعتي. كنت قد فقدت نحو خمسة عشر رطلًا، والآن بدأت في زيادة وزني مرة أخرى. وقد هنأني والدي وأصدقائي جميعًا على التقدم المذهل الذي أحرزته. شكرتهم على ذلك. لكن في نفسي كنت أعلم أن ما ذهب لم يكن سوى أعراض. لقد كرهت تناول الحبوب كل يوم. كرهت أنني تعرضت لانهيار وفقدت عقلي. كرهت تلك الكلمة غير العصرية ولكن المُعبرة عن حالتي: «الانهيار»، مع ما تحملها من دلالة أخرى عن تعطُّل الآلات[1]. لقد شعرت بالارتياح لأنني تمكنت من اجتياز جولات القراءة، لكنني كنت مرهقًا من كل الأشياء التي لم أتمكن من اجتيازها بعد. شعرت بالإرهاق من العالم، ومن الأشخاص الآخرين والحيوات الأخرى التي لم أكن لأستطيع أن أعيشها، ووظائفهم التي لم أكن لأستطيع القيام بها. لقد تقهقرت إلى نقطة مماثلة لما كنت عليه في سبتمبر، ولكن الآن أصبح لدي فهم أعمق لمدى يأسي. لقد كنت عازمًا على عدم المرور بمثل هذه المحنة مرة أخرى.

---

(1) تستخدم كلمة breakdown بمعنى انهيار نفسي، وكذلك بمعنى تعطُّل آلة. (المترجم)

يمكن أن تستمر هذه المرحلة من نصف التعافي لفترة طويلة. إنها الوقت الخطير. خلال أسوأ فترات اكتئابي، عندما كنت بالكاد أتمكن من تقطيع قطعة لحم، لم يكن بإمكاني إلحاق ضررٍ حقيقي بنفسي. أما في هذه الفترة من بدايات التعافي، كنت أشعر أنني بحالة جيدة بما يكفي للانتحار. كان بإمكاني الآن أن أفعل تقريبًا كل ما كنت قادرًا على فعله دائمًا، فيما عدا أنني كنت لا أزال في حالة انعدام التلذذ، أي عدم القدرة على الشعور بالمتعة على الإطلاق. لقد ظللت أضغط على نفسي للالتزام بالمظاهر، ولكن الآن بعد أن امتلكت الطاقة لأتساءل لماذا كنت أضغط على نفسي، لم أتمكن من العثور على أسباب وجيهة. أتذكر على وجه الخصوص ذات مساء، عندما أقنعني أحد معارفي بأن أخرج معهم إلى السينما. ذهبت معهم لإثبات ابتهاجي وواصلت لعدة ساعات التشبُّث بكل مظهر من مظاهر المتعة التي كان الآخرون يستمتعون بها، على الرغم من أنني كنت أتألم من المشاهد التي وجدوها مضحكة. عندما عدت إلى المنزل، شعرت بعودة الذعر والحزن الضخم الذي يُشبه الديناصورات. دخلت الحمام وتقيأت مرارًا وتكرارًا، كما لو أن فهمي العميق لوحدتي كان بمنزلة فيروس في جسدي. اعتقدتُ أنني سأموت وحدي، وأنه لا يوجد سبب وجيه للبقاء على قيد الحياة، واعتقدت أن العالم الطبيعي والحقيقي الذي نشأت فيه، الذي اعتقدت أن هناك أشخاصًا آخرين يعيشون فيه، لن ينفتح أبدًا ليستقبلني. وعندما انفجرت هذه الاكتشافات في رأسي مثل الطلقات، تقيأت على أرضية الحمام، وصعد الحمض من معدتي على طول المريء، وعندما حاولت التقاط أنفاسي، استنشقت الصفراء. كنت أتناول وجبات كبيرة في محاولة لاستعادة الوزن، وشعرت كما لو أن كلًّا منها يعود إلى الخارج، كما لو أن معدتي سوف تنقلب من الداخل إلى الخارج وتتدلى في المرحاض.

استلقيت على أرضية الحمام لمدة عشرين دقيقة تقريبًا، ثم زحفت للخارج واستلقيت على سريري. كان من الواضح لعقلي أنني سأصاب بالجنون مرة أخرى، وقد أرهقني الوعي أكثر؛ لكنني كنت أعلم أن السماح للجنون بالخروج عن نطاق السيطرة هو خطة سيئة. كنت بحاجة إلى سماع صوت آخر، ولو لفترة وجيزة، بحيث يخترق عزلتي المخيفة. لم أرغب في الاتصال بوالدي لأنني كنت أعلم أنه سيشعر بالقلق، ولأنني كنت أتمنى أن يكون الوضع مؤقتًا. رغبت في التحدث إلى شخص عاقل ومريح (رغم أن ذلك لم يكن منطقيًا؛ فالأشخاص المجانين يصبحون أصدقاء أفضل عندما تكون مجنونًا؛ فهم يعرفون معنى الشعور بالجنون). التقطتُ الهاتف واتصلت بصديقة لي من أقدم أصدقائي. كنا قد تحدثنا سابقًا عن الأدوية وعن الذعر، وكانت ذكية وداعمة في ردودها.

اعتقدتُ أنها يمكن أن تعيد إحياء ذاتي القديمة البريئة. كانت الساعة نحو الثانية والنصف صباحًا بحلول ذلك الوقت. أجاب زوجها على الهاتف، ثم مرره لها. قالت: «مرحبًا؟». رددتُ عليها: «مرحبًا» ثم ساد الصمت. سألتني: «هل حدث شيء؟». كان من الواضح على الفور أنني لا أستطيع تفسير ما حدث. لم يكن لدي ما أقوله. رن هاتفي الآخر. كان شخصًا ممَّن

حضروا معي في الفيلم، واتصل بي لأنه اعتقد أنه أعطاني مفتاحه عن طريق الخطأ مع بقية المشروبات الغازية. تحققت من جيبي وكان مفتاحه هناك. «يجب أن أذهب»، قلت لصديقتي القديمة، وأغلقت الخط. في تلك الليلة، صعدت إلى السطح وأدركت مع شروق الشمس أنني كنت أبالغ في مشاعري وأنه لا جدوى من محاولة الانتحار من أعلى مبنى مكون من ستة طوابق إذا كنت تعيش في نيويورك.

لم أكن أرغب في الجلوس على السطح، على الرغم من أنني كنت أدرك أيضًا أنني إذا لم أسمح لنفسي بالتنفيس عن مشاعري من خلال التفكير في الانتحار، فسوف أنفجر قريبًا من الداخل وأنتحر. شعرت بمخالب هذا اليأس القاتلة تلتف حول ذراعيَّ وساقيَّ، وسرعان ما ستمسك بالأصابع التي أحتاج إليها لتناول الحبوب القاتلة أو الضغط على الزناد، وعندما أموت، ستكون حركتها هي الحركة الوحيدة المتبقية. كنت أعرف أن صوت العقل («بحق السماء، فقط انزل إلى الطابق السفلي!») هو صوت العقل حقًّا، لكنني كنت أعلم أيضًا أنه إذا استمعت لصوت العقل سأنكر كل السم المنتشر بداخلي، وشعرت بالفعل ببعض النشوة اليائسة الغريبة من فكرة النهاية. فقط لو كان يمكن التخلص مني مثل صحيفة الأمس! كنت سألقي بنفسي بعيدًا بهدوء شديد حينها وسأكون سعيدًا بالغياب، سعيدًا في القبر لو كان هذا هو المكان الوحيد الذي يمكن أن يسمح ببعض السعادة. إن إدراكي بأن الاكتئاب أمر سخيف ويثير مشاعر مبالَغ بها ساعد في نزولي من السطح. وساعدني كذلك التفكير في والدي، الذي بذل قصارى جهده من أجلي. لم أتمكن من إقناع نفسي بوجود ما يكفي من الحب لأصدق أن غيابي سيلاحظه أحد، لكنني أدركت كم سيكون الأمر مدمرًا بالنسبة إليه إذا حاول جاهدًا إنقاذي ولم ينجح. وظللت أفكر في تقطيع لحم الضأن له يومًا ما وعرفت أنني وعدته بفعل ذلك، وكنت دائمًا فخورًا بعدم الإخلال بأي وعود، كما أنه لم يخلف قط وعدًا قطعه لي، وهذا، في الأخير، كان ما قادني إلى الطابق السفلي. في نحو الساعة السادسة صباحًا، بعدما أصبحت مبلّلًا بالعرق وبقايا الندى وأصابني ما سيتحول سريعًا إلى حُمى شديدة، عدتُ إلى شقتي. لم أكن أريد أن أموت، لكنني أيضًا لم أرغب في العيش على الإطلاق.

إن العوامل التي تنقذك من الاكتئاب يمكن أن تكون تافهة بقدر ما يمكن أن تكون عميقة. أحد هذه العوامل هو الحاجة إلى الخصوصية؛ إذ إن إنهاء حياتك يعني كشف تعاستك للعالم. أخبرني رجل مشهور، وسيم إلى حد مذهل، ولطيف، وسعيد في زواجه، وكانت ملصقاته تزين جدران الفتيات اللاتي أعرفهن في المدرسة الثانوية، أنه مرَّ باكتئاب حاد في أواخر العشرين من عمره وكان يفكر في الانتحار بجدية تامة. قال لي: «فقط غروري هو الذي أنقذني. لم أستطع تحمُّل فكرة أن يقول الناس بعد ذلك إنني لم أستطع النجاح، أو إنني لم أستطع التعامل مع النجاح، أو أن يضحكوا علي». يبدو أن الأشخاص المشهورين والناجحين مُعرَّضون بشكل خاص للإصابة بالاكتئاب. وبما أن العالم معيب، فإن من ينشدون الكمال يميلون إلى الاكتئاب. يقلل الاكتئاب من احترام الذات، لكنه في العديد من الشخصيات لا يزيل الكبرياء، وهو محرك

جيد للاستمرار في المقاومة والقتال. عندما تكون في حالة من الإحباط الشديد بحيث يبدو الحب بلا معنى تقريبًا، فإن الغرور والشعور بالالتزام يمكن أن ينقذا حياتك.

لم أتصل بصديقتي القديمة إلا بعد يومين من حادثة السطح، وقد هاجمتني لأنني أيقظتها ثم اختفيت. وبينما كانت توبخني، شعرت بالغرابة الشديدة من الحياة التي كنت أعيشها، التي كنت أعلم أنني لا أستطيع تفسيرها. شعرت بالدوار من الحمى والرعب، ولم أقل شيئًا. لم تتحدث معي قط مرة أخرى. أود أن أصفها بأنها شخص يعشق الحياة، وقد أصبحتُ أنا غريب الأطوار أكثر من اللازم. الاكتئاب صعب على الأصدقاء. فأنت تفرض عليهم ما يعتبر بمعايير العالم مطالب غير معقولة، وفي كثير من الأحيان هم لا يتمتعون بالمرونة أو المعرفة أو الميل للتأقلم. إذا كنت محظوظًا، فسوف يفاجئك بعض الأشخاص بقدرتهم على التكيف. يمكنك أن تخبرهم بما تستطيع وتأمل أن يفهموك. تعلمت ببطء أن أتقبل الناس كما هم. يمكن لبعض الأصدقاء التعامل مع الاكتئاب الشديد بانفتاح، والبعض الآخر لا يستطيع ذلك. معظم الناس لا يحبون تعاسة بعضهم بعضًا كثيرًا. قليلون هم مَن يستطيعون التعامل مع فكرة الاكتئاب المنفصل عن الواقع الخارجي. يُفضِّل الكثيرون الاعتقاد بأنه إذا كنت تعاني، فلا بد من وجود سبب منطقي، وبالتالي فهناك حل منطقي.

نسبة كبيرة من أفضل أصدقائي مجانين بعض الشيء. لقد اتخذ الناس من صراحتي دعوة لأن يكونوا صريحين، ولدي العديد من الأصدقاء الذين وجدت معهم ثقة كتلك التي توجد بين أصدقاء الطفولة أو العشاق السابقين. أحاول أن أكون حذرًا مع أصدقائي العقلاء جدًّا. الاكتئاب في حد ذاته مدمر، ويولِّد نزعات مدمرة؛ إذ أشعر بسهولة بخيبة أمل من الأشخاص الذين لا يفهمونني، وفي بعض الأحيان أخطئ بتوبيخ أولئك الذين أشعروني بالإحباط. بعد أي نوبة اكتئاب، يكون هناك حاجة إلى الكثير من التنظيف والإصلاح. حيث أتذكر أنني أحب الأصدقاء الذين فكرت في تركهم؛ وأحاول إعادة بناء ما هدمته. بعد أي اكتئاب معين، يأتي الوقت المناسب لإصلاح البيض المكسور وإعادة الحليب المسكوب إلى الوعاء.

خلال ربيع عام 1995، كان الجزء الأخير من تحليلي النفسي يطول بشكل متزايد. كانت محللتي تتقاعد تدريجيًّا، وعلى الرغم من أنني لم أكن أرغب في خسارتها، فقد وجدت أن العملية خطوة بخطوة مؤلمة، مثل نزع القشور ببطء. لقد كانت بمنزلة إعادة الوفاة الطويلة لوالدتي مرة أخرى. أخيرًا أنهيت الأمر بنفسي، حيث دخلت يومًا ما بموجة مفاجئة من الوضوح وأعلنت أنني لن آتي مجددًا.

كنت قد درست ماضيَّ بالتفصيل في تلك الجلسات. وقد قررت منذ ذلك الحين أن والدتي كانت تعاني أيضًا الاكتئاب. أستطيع أن أتذكر وصفها ذات مرة لشعور العزلة الذي شعرت به عندما كانت طفلة وحيدة. كما كانت عصبية كشخص بالغ. واستخدمت الأساليب البرجماتية العملية كدرع وقائي لحماية نفسها من الحزن غير المنضبط. لكن لم يكن هذا النهج فعَّالًا

سوى جزئيًا فقط في أحسن الأحوال. أعتقد أنها حافظت على نفسها من التعرض للانهيار من خلال تنظيم وضبط حياتها؛ لقد كانت امرأة ذات انضباط ذاتي رائع. أعتقد الآن أن سعيها الدؤوب لتحقيق النظام كان بمنزلة استجابة للألم الذي أخفته بدقة تحت السطح. أتألم من الألم الذي تحملته، الذي لا يتعين عليَّ تحمله في الغالب الآن؛ إذ كيف كانت ستصبح حياتها، بل وحياتنا، لو كان بروزاك موجودًا عندما كنت طفلًا؟ أود أن أرى علاجات أفضل مع آثار جانبية أقل، لكنني ممتن جدًّا للعيش في عصر الحلول هذا بدلًا من عصر الكفاح والمقاومة. فالكثير من حكمة والدتي حول كيفية التعايش مع الصعوبات التي يواجهها المرء تبين أنها غير ضرورية بالنسبة لي، ولو أنها عاشت لفترة أطول قليلًا، لكان ذلك غير ضروري بالنسبة إليها. لقد تساءلت كثيرًا عما كانت ستقوله عن صراعي مع الاكتئاب، وما إذا كانت ستتعرف على أي شيء مألوف فيه، وما إذا كنا سنقترب من بعضنا أكثر بفعل ذلك الانهيار؛ ولكن بما أن وفاتها هي التي تسببت على الأقل جزئيًا في ذلك الانهيار، لن أعرف أبدًا. لم تكن لدي الأسئلة التي ينبغي أن أطرحها إلى أن فقدت الشخص الذي كنت أود أن أطرحها عليه. ومع ذلك، كانت والدتي نموذجًا لشخص يوجد فيه دائمًا نوع من الحزن.

عندما توقفتُ عن تناول العقاقير، فعلتُ ذلك بسرعة. كنت أعرف أن هذا أمر غبي، لكنني أردت بشدة أن أتوقف عن تناولها. اعتقدت أنني قد أكون قادرًا على معرفة مَن أنا مرة أخرى. لكنها لم تكن استراتيجية جيدة. ففي المقام الأول، لم يسبق لي أن واجهت أي شيء مثل أعراض الانسحاب من زاناكس؛ إذ لم أستطع النوم بشكل صحيح، وشعرت بالقلق والتردد بشكل غريب. شعرت أيضًا طوال الوقت وكأنني تناولت عدة جالونات من الكونياك الرخيص في الليلة السابقة. كانت عيناي تؤلمانني وأعاني اضطرابًا في المعدة، الذي ربما كان سببه التوقف المفاجئ عن تناول عقار باكسيل. في الليل، عندما لم أكن نائمًا حقًّا، كانت تراودني كوابيس مرعبة متواصلة، وكنت أستيقظ وقلبي ينبض بشدة. أخبرني الطبيب النفسي مرارًا وتكرارًا أنه عندما أكون مستعدًّا للإقلاع عن العقاقير، يجب أن أفعل ذلك تدريجيًّا وتحت إشرافه، لكن إصراري كان مفاجئًا وكنت خائفًا من الخسارة.

شعرت إلى حد ما بنفسي السابقة، لكن العام الماضي كان فظيعًا للغاية، لقد هزني في أعماقي. وعلى الرغم من أنني تمكنت من أداء مهامي مرة أخرى، فإنني أدركت أنني لا أستطيع الاستمرار في العيش. لم يكن هذا الشعور يبدو غير عقلاني، مثل الرعب السابق؛ ولم يكن مدفوعًا بالغضب أيضًا؛ لقد بدا معقولًا تمامًا. لقد سئمت من الحياة، وأردت معرفة كيفية إنهائها بأقل قدر ممكن من الضرر للأشخاص من حولي. كنت بحاجة إلى شيء ملموس، شيء مرئي، لإظهار مدى اليأس الذي أشعر به للجميع. كان عليَّ أن أستبدل بمعاناتي الخفية معاناة ملموسة. ليس لدي شك في أن الطريقة المحددة التي فكرت فيها كانت شخصية للغاية ومرتبطة بعصابي، فالرغبة في تخليص نفسي من عبء الوجود كانت سمة مميزة للاكتئاب الهياجي. كل ما كان عليَّ فعله هو أن أمرض، وهذا من شأنه أن يمنحني الإذن. لقد علمت

لاحقًا أن الرغبة في مرض أكثر وضوحًا كانت أمرًا شائعًا بين المصابين بالاكتئاب، الذين غالبًا ما ينخرطون في أشكال تشويه الذات لجعل الحالة الجسدية تتماشى مع الحالة النفسية. كنت أعلم أن انتحاري سيكون مدمرًا لعائلتي ومُحزنًا لأصدقائي، لكنني شعرت أنهم جميعًا سيتفهمون أنه لم يكن لدي أي خيار آخر.

لم أتمكن من معرفة كيفية إصابة نفسي بالسرطان أو مرض التصلب العصبي المتعدد أو العديد من الأمراض القاتلة الأخرى، لكنني كنت أعرف كيفية الإصابة بالإيدز، لذلك قررت أن أفعل ذلك. في حديقة بلندن، في ساعة من الوحدة بعد منتصف الليل. مارست الجنس، شعرت كما لو أن كل هذا كان يحدث لشخص آخر، ولم أفكر سوى في أنني سأموت قريبًا، وبالتالي لن أصبح عجوزًا أو حزينًا. أكد لي صوت في رأسي إنني بدأت أخيرًا هذه العملية وسوف أموت قريبًا، وعند التفكير في ذلك شعرت بالتحرر والامتنان. كانت أمسية ربيعية مع نصف قمر بازغ في السماء.

لم يكن في نيتي أن أموت ببطء بسبب مرض الإيدز؛ بل كنت أنوي إصابة نفسي به كذريعة لإنهاء حياتي. شعرت في المنزل بموجة من الخوف واتصلت بصديق عزيز وأخبرته بما فعلته. قدم لي الدعم والطمأنينة، ثم ذهبت إلى السرير. عند استيقاظي في صباح اليوم التالي، شعرت بإحساس مماثل لبدء مرحلة جديدة في حياتي، أقرب إلى اليوم الأول في الكلية، أو المعسكر الصيفي، أو وظيفة جديدة. كانت هذه هي المرحلة التالية من حياتي. بعد أن أكلت من الفاكهة المحرمة، قررت أن أصنع عصيرًا. كانت النهاية في متناول اليد. كان لدي شعور جديد بالكفاءة. ذهب ذلك الاكتئاب الناجم عن اللاهدف. وعلى مدى الأشهر الرهيبة التالية، بحثت عن تجارب أخرى مماثلة مع الغرباء الذين افترضت أنهم مصابون بالإيدز، وتعرضت لمخاطر مباشرة أكبر وأكثر خطورة. كنت آسفًا لأنني لم أتمكن من الحصول على أي متعة من هذه اللقاءات الجنسية، لكنني كنت منهمكًا في مهمتي الخاصة لدرجة أنني لم أشعر بالحسد تجاه أولئك الذين حصلوا على المتعة. لم أعرف مطلقًا أسماء هؤلاء الأشخاص، ولم أذهب معهم إلى المنزل قط أو أدعُهم إلى منزلي. كنت أذهب مرة واحدة في الأسبوع، غالبًا في أيام الأربعاء، إلى مكان محلي حيث يمكن أن أحظى بتجربة رخيصة من شأنها أن تصيبني بالعدوى.

في هذه الأثناء، مررت بأعراض نموذجية مملة للاكتئاب الهياجي. لقد كان لدي قلق في الماضي، وهو ما كان رعبًا محضًا؛ أما هذا فكان مليئًا بالكراهية والألم والشعور بالذنب وكراهية الذات. لم أشعر قط في حياتي بأن وجودي مؤقت إلى هذا الحد. كان نومي سيئًا، وكنت عصبيًّا بشدة. توقفت عن التحدث إلى ستة أشخاص على الأقل. بدأت في إغلاق الهاتف عندما يقول أحدهم شيئًا لم يعجبني. بدأت أنتقد الجميع. كان من الصعب النوم لأن ذهني كان يتصارع مع أخطاء صغيرة من الماضي، التي بدت الآن لا تغتفر. لم أستطع حقًّا التركيز على أي شيء؛ عادةً ما أكون قارئًا نهمًا في الصيف، لكن في ذلك الصيف لم أتمكن من قراءة ولو مجلة. بدأت بغسل ملابسي كل ليلة وأنا مستيقظ، لأظل مشغولًا ومشتتًا. كنت عندما أتعرض

للدغة بعوضة، أظل أحكها وأخدشها حتى تنزف، ثم أزيل قشورها؛ كنت أظل أيضًا أقضم أظفاري لدرجة أن أصابعي كانت تنزف دائمًا أيضًا؛ أصبحت لدي جروح مفتوحة وخدوش في كل مكان، على الرغم من أنني لم أجرح نفسي من قبل. كانت هذه الأعراض مختلفة تمامًا عن الأعراض المثبطة التي ميزت انهياري الأولي لدرجة أنني لم أدرك أنني لا أزال تحت قبضة المرض نفسه الذي تعرضت له من قبل.

ثم في أحد أيام شهر أكتوبر، بعد إحدى نوبات ممارسة الجنس غير الآمن وغير الممتع، أدركت أنني ربما أنقل العدوى للآخرين؛ ولم يكن ذلك ضمن ما كنت أهدف إليه. شعرت بالرعب فجأة من فكرة أنني نقلت المرض إلى شخص آخر؛ لقد أردت أن أقتل نفسي، ولكن ليس بقية العالم. كان أمامي أربعة أشهر لأصاب بالعدوى؛ انخرطت في نحو خمس عشرة علاقة جنسية غير آمنة. وحان الوقت للتوقف قبل أن أبدأ في نشر المرض في كل مكان. إن معرفة أنني سأموت قد أزالت أيضًا الاكتئاب الذي شعرت به، بل وبطريقة غريبة قللت من رغبتي في الموت. وضعتُ تلك الفترة من حياتي خلفي. أصبحت ألطف مرة أخرى. وفي عيد ميلادي الثاني والثلاثين، نظرت حولي إلى العديد من الأصدقاء الذين جاؤوا لحضور حفل عيد ميلادي، وتمكنت من الابتسام، وأنا أعلم أنه الأخير، وأنني لن أحظى بعيد ميلاد مرة أخرى أبدًا، وأنني سأموت قريبًا. كانت الاحتفالات مُتعبة؛ وتركت الهدايا في غلافها الورقي. كنت قد حسبت كم من الوقت سيتعين عليَّ أن أنتظر. كتبت ملاحظة لنفسي عن تاريخ شهر مارس الذي كان من المقرر أن تنقضي فيه ستة أشهر من آخر لقاء جنسي، وهو التاريخ الذي يمكنني فيه الخضوع لاختبار المرض وتأكيده. وطوال تلك المدة، تظاهرت أنني بخير.

عملت بنشاط في بعض مشاريع الكتابة، ونظمت احتفالًا لعيد الشكر والكريسماس للعائلة، وغمرتني المشاعر في إجازتي الأخيرة. ثم بعد أسابيع قليلة من حلول رأس السنة الجديدة، راجعت تفاصيل لقاءاتي مع صديق كان خبيرًا في فيروس نقص المناعة، وأخبرني أنني قد أكون بخير. في البداية شعرت بالفزع، ولكن بعد ذلك بدأت فترة اكتئابي المضطرب، وكل ما دفعني إلى هذا السلوك، في التلاشي. لا أعتقد أن التجارب مع فيروس نقص المناعة البشرية كانت شكلًا من أشكال التكفير؛ لقد كان مرور الوقت هو الذي ساعد في تخفيف التفكير غير العقلاني الذي أدَّى إلى تصرفاتي الطائشة. إن الاكتئاب، الذي يداهمك بقوة عاصفة، يختفي تدريجيًّا وبهدوء. وهكذا انتهى انهياري الأول.

إن البحث المستمر عن الحياة الطبيعية، والإيمان بوجود نظام أساسي في مواجهة الشذوذ الواضح، هو سمة شائعة للاكتئاب. إنه قصة كل إنسان في هذا الكتاب، وهي قصة واجهتها مرارًا وتكرارًا. ومع ذلك، فإن شكل الحياة الطبيعية لكل شخص فريد من نوعه: ربما تكون الحياة الطبيعية فكرة أكثر خصوصية من الغرابة. خذ على سبيل المثال بيل شتاين، وهو ناشر أعرفه، ينحدر من عائلة تعاني معدلات مرتفعة من الاكتئاب والصدمات. فوالده، الذي وُلِد يهوديًّا في ألمانيا، غادر بافاريا بتأشيرة عمل في أوائل عام 1938. واصطف أجداده

خارج منزل العائلة في ليلة الكريستال، في نوفمبر من عام 1938، وعلى الرغم من عدم القبض عليهم، فإنهم شهدوا اعتقال العديد من الأصدقاء والجيران. كانت صدمة كونك يهوديًّا في ألمانيا النازية مروعة، ودخلت جدة بيل في حالة من التدهور لمدة ستة أسابيع بعد ليلة الكريستال، التي بلغت ذروتها بانتحارها في يوم الكريسماس. وفي الأسبوع التالي، وصلت تأشيرات الخروج إلى جدَّي بيل. وهاجر والده وحده.

تزوج والدا بيل في ستوكهولم عام 1939 وانتقلا إلى البرازيل قبل أن يستقرا في الولايات المتحدة. وكان والده يرفض دائمًا مناقشة هذا التاريخ. ويتذكر بيل أن «تلك الفترة في ألمانيا لم تكن موجودة ببساطة». كانوا يعيشون في شارع جذاب في إحدى الضواحي المزدهرة في فقاعة من اللاواقع. ربما يرجع ذلك جزئيًّا إلى ممارسته للإنكار، حيث عانى والد بيل انهيارًا حادًّا عندما كان في السابعة والخمسين من عمره، وتكررت نوباته حتى وفاته بعد أكثر من ثلاثين عامًا. اتبعت اكتئاباته الأنماط نفسها التي سيرثها ابنه. حدث أول انهيار كبير له عندما كان ابنه في الخامسة من عمره؛ واستمر في الانهيار بشكل دوري، مع اكتئاب عميق بشكل خاص استمر من الوقت الذي كان فيه بيل في الصف السادس حتى الوقت الذي أنهى فيه المدرسة الإعدادية.

تنحدر والدة بيل من عائلة يهودية ألمانية أكثر ثراء وامتيازًا غادرت ألمانيا إلى ستوكهولم في عام 1919. وهي امرأة ذات شخصية قوية، صفعت ذات مرة نقيبًا نازيًّا على وجهه لأنه كان وقحًا معها؛ قالت له: «أنا مواطنة سويدية، ولن أقبل التحدث معي بهذه الطريقة».

في سن التاسعة، كان بيل شتاين يعاني فترات طويلة من الاكتئاب. ظل لمدة عامين تقريبًا يشعر بالخوف من النوم، وكان يعاني صدمة نفسية عندما يذهب والداه إلى السرير. ثم اختفت مشاعره المظلمة لبضع سنوات. وبعد بعض الهفوات الطفيفة، عادت عندما التحق بالجامعة، وخرجت عن نطاق السيطرة في عام 1974، خلال الفصل الدراسي الثاني من سنته الأولى. يقول متذكرًا: «كان الضغط الأكاديمي شديدًا. وكنت قلقًا للغاية لدرجة أنني كنت أعاني فرط التنفس. لم أستطع تحمل الضغط. لذلك ذهبت إلى الخدمات الصحية الجامعية وأعطوني عقار الفاليوم».

ولم يختفِ الاكتئاب خلال فصل الصيف. يقول: «في كثير من الأحيان، عندما كنت أعاني اكتئابًا عميقًا، كانت السيطرة على أمعائي تختفي. أتذكر أن الصيف كان قاسيًا بشكل خاص. كنت أخشى السنة الثانية. لم أتمكن من مواجهة اختباراتي أو أي شيء. وعندما عدت إلى الدراسة وأكملت عامي الأول بنجاح باهر، اعتقدت بصدق أن هناك خطأ ما في نتيجتي. وعندما تبين أنه لا يوجد خطأ، شعرت بالنشوة، مما أخرجني من الاكتئاب». إذا كانت هناك محفزات للانهيارات، فهناك أيضًا محفزات للتحسُّن، وكانت تلك هي محفزات شتاين. ويردف: «شعرت بتحسن في اليوم التالي، ولم أعانِ انخفاضات شديدة في أدائي الدراسي بعد ذلك. ومع ذلك،

فقد فقدت الاهتمام بأهدافي. لو أخبرتني في ذلك الوقت بما كنت سأفعله في المستقبل ومع مَن سأعمل الآن، كنت سأندهش حقًّا. لم يكن لدي أي طموح». على الرغم من قبول وضعه، عمل شتاين بلا كلل. واصل الحصول على أعلى الدرجات. يقول: «لا أعرف لماذا كنت أبذل ذلك المجهود. لم أكن أرغب في دخول كلية الحقوق أو أي شيء آخر. لقد اعتقدت أن الدرجات الجيدة بطريقة ما ستجعلني آمنًا، وستقنعني بأنني قادر على أداء مهامي». عندما تَخرَّج، عمل شتاين مُدرسًا في مدرسة ثانوية في شمال ولاية نيويورك. كان الأمر كارثيًّا. لم يكن يستطع تأديب الفصل واستمر لمدة عام واحد فقط. يُردِف: «رحلت كشخص فاشل. فقدت الكثير من وزني، وعانيت نوبة أخرى من الاكتئاب. ثم قال والد أحد الأصدقاء إنه يمكنه أن يوفر لي وظيفة، فقبلت ذلك فقط لأقوم بشيء ما».

يتمتع بيل شتاين بذكاء كبير وهو متواضع للغاية. عانى بيل نوبات اكتئاب متكررة، استمرت كل منها نحو ستة أشهر، وكانت موسمية إلى حد ما، وعادة ما تبلغ ذروتها في أبريل. وجاءت أسوؤها في عام 1986، بسبب الاضطرابات في العمل، وفقدان صديق جيد، ومحاولته التخلص من عقار زاناكس، الذي تناوله لمدة شهر واحد فقط ولكنه أصبح مدمنًا عليه. يقول شتاين: «لقد فقدت شقتي. فقدت وظيفتي. فقدت معظم أصدقائي. لم أستطع البقاء في منزل بمفردي. كان من المفترض أن أنتقل من شقتي القديمة التي بِعتها للتو إلى هذه الشقة الجديدة التي كان يجري تجديدها، ولم أستطع ذلك. لقد تحطمت بسرعة كبيرة ودمرني القلق. كنت أستيقظ في الثالثة أو الرابعة صباحًا مع دفقة من القلق الشديد لدرجة أنه كان من الأفضل لي أن أقفز من النافذة. وعندما أكون مع أشخاص آخرين، أشعر دائمًا أنني سأفقد الوعي بسبب التوتر. لقد كنت أسافر حول العالم قبل ثلاثة أشهر، والآن انتُزِع العالم مني. كنت في نيو أورليانز عندما ضربت العاصفة بشدة وأدركت فجأة أنه كان عليَّ العودة إلى المنزل، لكنني لم أتمكن من ركوب الطائرة. لقد استغلني الناس؛ لقد كنت حيوانًا جريحًا في مرج مفتوح». لقد انهار تمامًا. «عندما تكون في حالة سيئة حقًّا، يكون لديك هذا النوع من النظرة الجامدة على وجهك، كما لو كنت مذهولًا. وتتصرف بغرابة بسبب عجزك. اختفت ذاكرتي قصيرة المدى. وبعد ذلك أصبح الأمر أسوأ. فلم أستطع التحكم في أمعائي وكنت أتبرز في سروالي. ثم عشت في حالة من الرعب لدرجة أنني لم أتمكن من مغادرة شقتي الخاصة، وكان ذلك يُعد صدمة أخرى. وفي النهاية عدت إلى منزل والدي». لكن الحياة في المنزل لم تكن أفضل. انهار والد بيل تحت ضغط مرض ابنه وانتهى به الأمر هو نفسه في المستشفى. ذهب بيل ليقيم مع أخته؛ ثم استقبله أحد أصدقاء المدرسة لمدة سبعة أسابيع. يقول: «لقد كان الأمر مروعًا. اعتقدت، في تلك المرحلة، أنني سأظل مريضًا نفسيًّا لبقية حياتي. واستمرت النوبة لأكثر من عام. شعرت أنه من الأفضل قبول وضعي والتكيف معه بدلًا من محاربته والأمل في أن يتغير العالم الذي ربما لن يعود كما كان من قبل».

ذهب إلى المستشفى عدة مرات لكنه وقف عند بابها ولم يستطع الدخول إلى هناك. وأخيرًا دخل مستشفى جبل سيناء في نيويورك في سبتمبر من عام 1986، وطلب العلاج بالصدمات الكهربائية. لقد ساعد العلاج بالصدمات الكهربائية والده لكنه فشل في مساعدته. يقول: «لقد كان المكان الأكثر تجرُّدًا من الإنسانية الذي يمكنني تخيله، حيث انتقلت من الحياة الطبيعية في الخارج إلى حياة مقيدة في الداخل وما ترافق معها من عدم السماح لك بالحصول على أدوات الحلاقة أو مقلمة الأظفار، والاضطرار إلى ارتداء البيجامة، والاضطرار إلى تناول العشاء مبكرًا، وأن يتحدث الناس معك كما لو كنت متخلفًا بالإضافة إلى أنك مكتئب، ورؤية مرضى آخرين معزولين، وعدم إمكانية أن يكون لديك هاتف في غرفتك لأنك قد تخنق نفسك بالسلك ولأنهم يريدون التحكم في وصولك إلى العالم الخارجي. لم يكن هذا بمنزلة تلقٍّ طبيعي للرعاية في المستشفى. بل يكون المرء محرومًا من حقوقه. لا أعتقد أن المستشفى مكان لمرضى الاكتئاب إلا إذا كانوا عاجزين تمامًا أو لديهم ميول انتحارية».

كانت العملية الجسدية للعلاجات بالصدمة فظيعة. فعلى حد وصفه: «كان الرجل الذي يُجريها طبيبًا يشبه إلى حد كبير هيرمان مونستر. وكان يحدث الأمر في قبو مستشفى جبل سيناء. جميع المرضى الذين كانوا سيجرونها نزلوا هناك، إلى أعماق الجحيم، وكنا جميعًا نرتدي أردية الحمام، وشعرنا وكأننا أعضاء في عصابة مقيدة بالسلاسل. وبما أنني حافظت على رباطة جأشي بشكل جيد، فقد جعلوني الأخير، ووقفت هناك محاولًا تهدئة جميع الأشخاص المذعورين الذين كانوا ينتظرون، بينما جاء موظفو النظافة ودفعونا للوصول إلى خزائنهم، التي كانت أيضًا تقع هناك. فقط لو كنت **دانتي**، كنت سأتمكن من وصف الأمر ببراعة. كنت أرغب في الحصول على العلاج، لكن شعرت أن المشهد مع الغرفة والناس، كما لو كان مشهدًا همجيًّا لتجربة على البشر. إذا كنت ستفعل هذه الأشياء، فافعلها في الطابق الثامن اللعين مع نوافذ مضيئة وألوان زاهية! إذا كنت مسؤولًا في ذلك المستشفى، كنت لن أسمح أبدًا بذلك».

ويقول: «ما زلت أشعر بالحزن على فقدان ذاكرتي. كانت لدي ذاكرة استثنائية، تكاد تكون فوتوغرافية، ولم تعد قط. عندما خرجت، لم أتمكن من تذكر كلمة سر خزانتي ومحادثاتي». في البداية، عندما خرج، لم يكن قادرًا أيضًا على القيام بوظيفة تطوعية، لكنه سرعان ما بدأ في العمل. انتقل إلى مدينة سانتا فيه لمدة ستة أشهر وأقام مع بعض الأصدقاء. وعاد في الصيف إلى نيويورك ليعيش بمفرده مرة أخرى. ويردف: «ربما في الأخير يكون من الجيد أن تتعرض ذاكرتي لضرر دائم. لقد ساعدني ذلك على نسيان بعض أسوأ اللحظات في حياتي بسهولة نسيان أي شيء آخر نفسها». وكان التعافي تدريجيًّا. «هناك الكثير من الإرادة ولكن لا يمكنك التحكم في التعافي. لا يمكنك معرفة متى سيحدث ذلك، مثلما لا يمكنك التنبؤ بموعد وفاة شخص ما».

بدأ شتاين في زيارة كنيس يهودي أسبوعيًّا مع صديق متدين. يقول: «لقد ساعدني الإيمان بشكل كبير. لقد خفَّف بطريقة أو بأخرى الضغط الذي كان عليَّ للإيمان بشيء آخر. لقد كنت دائمًا فخورًا بكوني يهوديًّا ومنجذبًا إلى الأمور الدينية. بعد ذلك الاكتئاب الحاد، شعرت أنه إذا آمنت بما فيه الكفاية، فقد تحدث أشياء من شأنها إنقاذ العالم. لقد هويت إلى الحضيض ولم يكن هناك ما أومن به سوى الرب. لقد شعرت بالحرج قليلًا عندما وجدت نفسي منجذبًا إلى الدين؛ لكنه كان الطريق الصحيح. إذ من المطمئن أنه بغض النظر عن مدى صعوبة أي أسبوع تمر به، يكون هناك خدمة يوم الجمعة يمكن الاعتماد عليها».

«لكن الشيء الذي أنقذني هو دواء بروزاك، الذي ظهر عام 1988، في الوقت المناسب. لقد كان معجزة. فجأة شعرت برأسي، بعد كل هذه السنوات، كما لو لم يكن هناك صدْع كبير فيه يتسع أكثر فأكثر. لو أخبرتني في عام 1987 أنني سأسافر بالطائرات بعد مرور عام، وأعمل مع حكام الولايات وأعضاء مجلس الشيوخ، لكنت ضحكت. لم أكن أتمكن حتى من عبور الشارع». يستخدم بيل شتاين الآن عقاري الإيفكسور والليثيوم. «كان خوفي الأكبر في الحياة هو أنني لن أتمكن من التعامل مع وفاة والدي. لقد توفي عن عمر يناهز تسعين عامًا، وعندما توفي، شعرت بسعادة غامرة عندما وجدت أنني أستطيع التعامل مع الأمر. لقد انفطر قلبي وبكيت، لكن كان بإمكاني القيام بالأشياء العادية: القيام بدوري كابنه في العائلة، والتحدث مع المحامين، وكتابة تأبين. لقد تعاملت مع الأمر بشكل أفضل مما كنت أعتقد أنه ممكن».

«لا يزال يتعين عليَّ أن أكون حذرًا. أشعر دائمًا كما لو أن الجميع يريد قطعة صغيرة مني. وهناك قدر معين فقط يمكنني تقديمه وبعد ذلك سأشعر بالضغط النفسي الشديد. أعتقد، ربما على نحو خاطئ، أن الناس سيقللون من شأني إذا كنت صريحًا تمامًا بشأن تجاربي. ما زلت أتذكر أن الناس تجنَّبوني في وقت من الأوقات. أشعر دائمًا أن الحياة على وشك الانهيار مرة أخرى. لقد تعلَّمت إخفاء ذلك، بل وتعلمت حتى التظاهر بما هو غير حقيقي بحيث لا يعرف أحد حتى عندما أكون على وشك الانهيار وأتناول ثلاثة أدوية. لا أعتقد أنني أشعر بالسعادة حقًّا. لا يمكن للمرء إلا أن يتوقع أن تكون الحياة بائسة. عندما تكون شديد الوعي بذاتك، فمن الصعب أن تكون سعيدًا تمامًا. أنا أحب البيسبول. وعندما أرى أشخاصًا آخرين في الملعب يحتسون الجعة ويبدون غير واعين لأنفسهم وعلاقتهم بالعالم، فإنني أحسدهم على ذلك. يا إلهي، أليس من الرائع أن تكون هكذا؟».

«أفكر دائمًا في تأشيرات الخروج تلك. فقط لو أن جدتي انتظرت. علمتني قصة انتحارها الصبر. ليس هناك شك في أنه بغض النظر عن مدى ما يسوء به الأمر مرة أخرى، فسوف أتجاوزه. لكنني لم أكن لأصبح الشخص الذي أنا عليه اليوم لولا الحكمة التي اكتسبتها من تجاربي، والتخلص من النرجسية التي جلبتها».

كان لقصة بيل شتاين صدى كبير بالنسبة لي. لقد فكرت في تأشيرات الخروج هذه كثيرًا منذ أن التقيت بيل لأول مرة. فكرت في التي لم تُستَخدم قط، وأيضًا في التي استُخدمت. كان التغلب على اكتئابي الأول يتطلب الصمود. وقد أعقب ذلك فترة وجيزة من السلام المعقول. عندما بدأت أشعر بالقلق والاكتئاب الشديد في المرة الثانية -بينما كنت لا أزال في ظلال اكتئابي الأول ولم أكن أعرف بعد إلى أين ستؤول مغازلتي للإيدز- أدركت ما كان يحدث. لقد غمرتني الحاجة إلى التوقف. بدت الحياة نفسها ملحة بشكل مثير للقلق، بحيث تتطلب الكثير من ذاتي. لقد كان من الصعب جدًّا أن أتذكر وأفكر وأعبِّر وأفهم؛ أي كل الأشياء التي كنت بحاجة إلى القيام بها للتحدث. كان الحفاظ على المظهر المبهج في الوقت نفسه بمنزلة إهانة مُضافة إلى الألم. كان الأمر أشبه بمحاولة الطهي والتزلج على الجليد والغناء والكتابة في وقت واحد. ذات مرة، وصف الشاعر الروسي دانييل خارمس التضور جوعًا قائلًا: «ثم يبدأ الضعف. ثم يبدأ الملل. ثم يأتي فقدان قوة العقل السريع. ثم يأتي الهدوء. وبعد ذلك يبدأ الرعب».[39] بدأت النوبة الثانية من الاكتئاب وفق هذه المراحل المنطقية والمروعة، وتفاقمت بسبب الخوف الحقيقي من اختبار فيروس نقص المناعة الذي كنت سأخضع له. لم أرغب في العودة إلى تناول الدواء، وحاولت التخلص منه لفترة من الوقت. ثم أدركت ذات يوم أن الأمر لن ينجح. كنت أعرف قبل ثلاثة أيام تقريبًا أنني أتجه إلى الحضيض. بدأت بتناول دواء باكسيل الذي ما زلت أحتفظ به في صندوق الأدوية الخاص بي. اتصلت بالطبيب النفسي، وأبلغت والدي. لقد حاولت اتخاذ ترتيبات عملية لأنه، تمامًا مثل فقدان مفاتيح سيارتك، يمكن أن يكون فقدان عقلك مشكلة حقيقية. ومن شدة الرعب، سمعت صوتي متشبثًا بالسخرية عندما اتصل بي أصدقائي. قلت: «أنا آسف، سأضطر إلى إلغاء يوم الثلاثاء. أنا خائف من قطع لحم الضأن مرة أخرى». وجاءت الأعراض بسرعة وبشكل مشؤوم. ففي غضون شهر تقريبًا، فقدت خُمس وزن جسدي، أي نحو خمسة وثلاثين رطلًا.

اعتقد الطبيب النفسي أنه بما أنني شعرت بالدوار عند تناول زولوفت والتوتر الشديد عند تناول باكسيل، فإن الأمر يستحق تجربة شيء جديد، لذلك وصف لي إيفكسور وبوسبار، وكلاهما لا أزال أتناولهما، بعد ست سنوات. في خضم الاكتئاب، يصل المرء إلى نقطة غريبة يستحيل عندها رؤية الخط الفاصل بين مسرحيته وواقع الجنون. لقد اكتشفت صفتين متعارضتين في شخصيتي. أنا عاطفي بشكل مفرط بطبيعتي. ومن ناحية أخرى، يمكنني الخروج و«أبدو طبيعيًّا» في ظل الظروف الأكثر غرابة. كتب أنطونين أرتو على إحدى رسوماته: «غير واقعية تمامًا لكن صحيحة دائمًا»[40]، وهكذا يبدو شعور الاكتئاب. أنت تعلم أن هذا ليس حقيقيًّا، وأنك شخص آخر، ومع ذلك فأنت تعلم أن هذا صحيح تمامًا. إنه أمر محير للغاية.

وبحلول أسبوع إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشرية، كنت أتناول ما بين اثني عشر إلى ستة عشر مليجرامًا من زاناكس (كنت قد خزَّنت كمية صغيرة من الدواء) كل يوم، حتى

أتمكن من النوم طوال الوقت ولا أشعر بالقلق. وفي يوم الخميس من ذلك الأسبوع، نهضت وتحققت من رسائلي. قالت الممرضة في مكتب طبيبي: «مستوى الكولسترول لديك منخفض، ومخطط القلب طبيعي، واختبار فيروس نقص المناعة البشرية الذي أجريته سلبي». اتصلت بها على الفور. وتأكدت، كان ما قالته صحيحًا. كانت نتيجة اختبار فيروس نقص المناعة البشرية سلبية بعد كل شيء. وكما قال جاتسبي: «لقد حاولت جاهدًا أن أموت ولكنني أعيش حياة مباركة».[41] عرفت حينها أنني أريد أن أعيش، وكنت ممتنًّا لهذه الأخبار. لكنني واصلت الشعور بالفزع لمدة شهرين آخرين. قاومت بشدة الأفكار الانتحارية كل يوم. ثم، في يوليو، قررت قبول دعوة للإبحار مع بعض الأصدقاء إلى تركيا. كان الذهاب إلى هناك أقل تكلفة بالنسبة لي من الذهاب إلى المستشفى، وكان فعالًا بثلاثة أضعاف على الأقل؛ فقد تبخَّر الاكتئاب تحت أشعة الشمس التركية المثالية. تحسَّنت الأمور بشكل مطرد بعد ذلك. وفي أواخر الخريف، وجدت نفسي مستلقيًا مستيقظًا في الليل، أرتجف تمامًا كما كنت أفعل خلال أسوأ نوبات الاكتئاب التي تعرضت لها، ولكن هذه المرة، كان ذلك بسبب السعادة. نهضت من السرير وكتبت عن الأمر. لقد مرَّت سنوات منذ أن شعرت بالسعادة على الإطلاق، ونسيت معنى الرغبة في العيش، والاستمتاع باليوم الذي أنا فيه، والشوق لليوم التالي، ومعرفة أنك أحد الأشخاص القلائل المحظوظين الذين تمتلك الحياة قيمة بالنسبة إليهم. كان لدي إدراك بأنه قد يكون هناك المزيد من نوبات الألم في المستقبل، حيث يميل الاكتئاب إلى العودة بشكل دوري. لكنني شعرت بالأمان من ميولي التدميرية لذاتي. أدركت أنه على الرغم من أن الحزن الأبدي لا يزال مقيمًا بداخلي، فإنه لم يقلل من السعادة التي كنت أشعر بها. بعد ذلك بوقت قصير، بلغت الثالثة والثلاثين من عمري، وكان عيد ميلاد سعيدًا حقًّا للمرة الأولى منذ فترة طويلة.

كان هذا كل ما سمعته من اكتئابي لفترة طويلة. كتبت الشاعرة جين كينيون[42]:

أجرب عقارًا جديدًا، وتركيبة جديدة
من الأدوية وفجأة
أستعيد حياتي مرة أخرى

مثل فأر جرفته عاصفة
ثم سقط من ثلاثة أودية
وأصبح بعيدًا عن المنزل

أستطيع أن أجد طريق عودتي

أنا أعرف أنني سأتعرف على المتجر
حيث كنت أشتري الحليب

أستطيع أن أتذكر بوضوح المنزل والحظيرة
والمشعل، والأكواب والأطباق الزرقاء
والروايات الروسية التي كنت أحبها،
وثوب النوم الحريري الأسود.

وهكذا بالنسبة لي بدا كل شيء وكأنه يعود. بدأ كل شيء غريبًا، ثم أصبح فجأة مألوفًا، وأدركت أن الحزن العميق قد بدأ عندما مرضت والدتي، وتفاقم عندما ماتت، وتطور من الحزن إلى اليأس المطلق، وأصابني بالعجز. ولكن الآن، لم يعد ذلك يعيقني. كنت لا أزال حزينًا بسبب الأشياء الحزينة، لكنني عدت على طبيعتي مرة أخرى، كما اعتدت أن أكون؛ كما كنت أنوي دائمًا أن أستمر في الوجود.

وبما أنني أكتب كتابًا عن الاكتئاب، كثيرًا ما يُطلَب مني في المواقف الاجتماعية أن أصف تجاربي الخاصة، وعادةً ما أنتهي بالقول إنني أتناول الدواء. يسألني الناس: «ما زالت تتناوله؟ لكن يبدو أنك بخير!» وأجيب عليهم دائمًا بأنني أبدو بخير لأنني بخير، وأن السبب في ذلك يرجع جزئيًا إلى الدواء. فيسألون: «إذن، إلى متى تتوقع أن تستمر في تناول هذه الأشياء؟» وعندما أقول إنني سأستمر في تناول الدواء إلى أجل غير مسمى، فإن الأشخاص الذين تعاملوا بهدوء وتعاطف مع أخبار محاولات الانتحار، والتخشب، وسنوات العمل الضائعة، والفقدان الكبير في وزن الجسم، وما إلى ذلك، يحدقون فيّ بقلق ويقولون: «لكن من السيئ حقًا أن تتعامل مع الأدوية بهذه الطريقة. من المؤكد أنك الآن قوي بما يكفي لتتمكن من التخلص التدريجي من بعض هذه الأدوية!» فإذا قلت لهم إن هذا يشبه إزالة المُكَربن من سيارتك أو الدعامات الخارجية لكاتدرائية نوتردام، فسوف يضحكون ويقولون: «إذن ستستمر في تناول جرعة وقائية منخفضة؟». فأشرح لهم أن تحديد كمية الدواء التي تتناولها مهمًا لأنها تعيد الأنظمة التي يمكن أن تتعطل إلى طبيعتها، وأن الجرعة المنخفضة من الدواء ستكون مثل إزالة نصف المكربن الخاص بك من السيارة. وأضيف أنني لم أواجه أي آثار جانبية تقريبًا من الدواء الذي أتناوله، وأنه لا يوجد دليل على وجود آثار سلبية للأدوية طويلة الأمد. ما تقوله في الواقع هو أنك لا تريد حقًا أن تمرض مرة أخرى. لكن العافية لا تزال، في هذا المجال، مرتبطة ليس بالسيطرة على مشكلتك، بل بالتوقف عن تناول الدواء، لذا يقولون: «حسنًا، نتمنى بالتأكيد أن تتوقف عن تناول الدواء في وقت ما قريبًا».

يقول جون جريدن: «قد لا أعرف التأثيرات الدقيقة للأدوية طويلة الأمد. إذ لم يتناول أحد عقار بروزاك لمدة ثمانين عامًا. لكنني أعرف بالتأكيد آثار عدم تناول الدواء، أو الاستمرار في تناول الدواء لفترة والتوقف عنه، أو محاولة تخفيض الجرعات المناسبة إلى جرعات غير مناسبة؛ وهذه الآثار هي تلف الدماغ. ثم تبدأ في التعرض إلى مضاعفات مزمنة، وتتزايد مستويات الضيق لديك بلا سبب على الإطلاق. نحن لن نتمكن أبدًا من علاج مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم بهذه الطريقة المتقطعة؛ فلماذا نفعل ذلك مع الاكتئاب؟ من أين أتى هذا الضغط الاجتماعي الغريب؟ هذا المرض لديه معدل انتكاس ثمانين بالمائة خلال عام بدون دواء، ومعدل تعافي ثمانين بالمائة مع الدواء». ويتفق روبرت بوست، من المعهد الوطني للصحة النفسية، مع ذلك إذ يقول: «يشعر الناس بالقلق بشأن الآثار الجانبية الناجمة عن الاستمرار في تناول الدواء مدى الحياة، ولكن الآثار الجانبية الناجمة عن ذلك تبدو غير جوهرية، وغير جوهرية للغاية مقارنة بمدى فتك الاكتئاب إذا لم يتم علاجه. إذا كان لديك قريب أو مريض يتناول عشبة القِمعية، ما رأيك في أن تقترح عليه التوقف عن ذلك، ومعرفة ما إذا كان سيعاني من نوبة أخرى من قصور القلب الاحتقاني، ويجعل قلبه ضعيفًا جدًا بحيث لا يمكنه العودة إلى طبيعته مرة أخرى؟ هذا هو الحال مع الاكتئاب بالضبط». إن الآثار الجانبية لهذه الأدوية هي بالنسبة لمعظم الناس أقل ضررًا بكثير من المرض الذي تعالجه.

هناك أدلة على وجود استجابات سلبية لكل دواء أو إجراء طبي، بل وربما كل شيء في الحياة. ومن المؤكد أن الكثير من الناس يكون لأجسادهم استجابات سلبية لبروزاك. من المهم اتخاذ قدر معين من الحذر عندما تقرر تناول أي شيء، بدءًا من الفطر البري وحتى دواء السعال. كاد أحد أبنائي أن يموت بسبب تناوله للجوز، الذي يعاني حساسية تجاهه، في حفل الكريسماس في لندن؛ ومن الجيد أن القانون يتطلب الآن وضع ملصقات على المنتجات التي قد تحتوي على المكسرات يوضح ذلك. يجب على الأشخاص الذين يتناولون بروزاك أن يكونوا حذرين في المراحل المبكرة ويراقبوا جيدًا أنفسهم تحسبًا للاستجابات السلبية. يمكن أن يسبب الدواء التشنجات اللاإرادية في الوجه وتصلب العضلات. كما تثير الأدوية المضادة للاكتئاب أسئلة حول الإدمان، التي سأتناولها لاحقًا في هذا الكتاب. ويمكن أن يكون انخفاض الرغبة الجنسية والأحلام الغريبة والتأثيرات الأخرى المذكورة في النشرة الدوائية لمثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية بائسة. أنا منزعج من التقارير التي تفيد بأن بعض مضادات الاكتئاب مرتبطة بالانتحار. أعتقد أن هذا يتعلق بكون هذه الأدوية قد تمنح الشخص ما يكفي من القوة للقيام بما كان في السابق لا يستطيع التفكير فيه لأنه كان منهكًا للغاية. أوافق على أننا لا نستطيع أن نعرف بشكل قاطع التأثير طويل المدى للأدوية. ولكن من المؤسف للغاية أن بعض العلماء اختاروا استغلال الاستجابات السلبية هذه من أجل انتقاد عقار بروزاك وتشويهه باعتباره خطرًا جسيمًا يُفرَض على عامة الناس الأبرياء. في العالم المثالي، لن يتعاطى المرء أي عقاقير وسينظم جسده نفسه بشكل مناسب؛ فمن يريد تعاطي

عقاقير؟ لكن التأكيدات السخيفة الواردة في كتب شديدة الحماقة مثل كتاب «**الآثار السلبية لبروزاك**» لا يمكن اعتبارها أكثر من مجرد استجابة للمخاوف التي لا أساس لها لدى الجمهور القَلِق. إنني أشجب وأستنكر بشدة ما يفعله هؤلاء المشككون الذين يمنعون المرضى من العلاجات الحميدة التي قد ترحمهم من المعاناة وتعيد إليهم حياتهم.

إن الاكتئاب، مثل الولادة، هو ألم شديد لدرجة أنه لا يُنسى. لم يزرني الاكتئاب عندما انتهت علاقتي العاطفية بشكل سيئ خلال شتاء عام 1997. لقد أخبرت أحدهم أنه كان إنجازًا كبيرًا، ألا أتعرض للانهيار في أثناء انفصالي. لكنك لن تعود كما كنت أبدًا بمجرد أن تكتسب المعرفة بأنه لا توجد ذات لن تنهار. يُطلب منا أن نتعلم الاعتماد على الذات، ولكن سيكون الأمر صعبًا إذا لم يكن لديك ذات يمكنك الاعتماد عليها. لقد ساعدني الآخرون، وهناك بعض الكيمياء التي أدت إلى إعادة التكيف، وأشعر أنني بخير مع كل ذلك في الوقت الحالي، لكن الكوابيس المتكررة لم تعد تتعلق بالأشياء التي ستحدث لي، التي تحدث من أشياء خارجية، ولكن الأشياء التي تحدث **بداخلي**. ماذا لو استيقظت غدًا ولم أكن أنا بل خنفساء الروث؟ يبدأ كل صباح بهذا الشك الذي لا يهدأ بشأن هويتي، مع البحث القَلِق عن السرطانات الخفية في جسدي، مع قلق مؤقت حول ما إذا كانت الكوابيس حقيقية. وكأن نفسي التفتت وبصقت في وجهي وقالت لا تعتمد عليَّ كثيرًا، لدي مشكلات خاصة بي يجب أن أعتني بها. ولكن من ذا الذي يقاوم الجنون أو يتألم منه؟ من الذي بُصِق عليه؟ لقد قمت بسنوات من العلاج النفسي وعشت وأحببت وخسرت، وليس لدي أي فكرة بصراحة. هناك شخص ما أو شيء ما أقوى من الكيمياء أو الإرادة، «ذات» ساعدتني في التغلب على تمرد ذاتي، «أنا» وحدوية صمدت حتى أُعِيدت المواد الكيميائية المتمردة وأفكارها اللاحقة إلى طبيعتها. هل تلك الذات مادة كيميائية؟ أنا لست روحانيًّا، وقد نشأت دون دين، لكن ذلك النسيج الذي يمر عبر مركزي، الذي يظل ثابتًا حتى عندما يتجرد من الذات هو شيء مختلف؛ أي شخص يمر بذلك يعرف أن الأمر ليس أبدًا مجرد كيمياء معقدة.

يتمتع المرء بميزة في أثناء انهياره، وهي أنه يكون بداخله، ويمكنه أن يرى ما يحدث. من الخارج، لا يسع المرء إلا أن يخمن؛ ولكن بما أن الاكتئاب أمرٌ دوري، فقد يكون مفيدًا في تعلم الصبر والاعتراف. أخبرتني إيف كان، وهي صديقة قديمة، عن الأثر الذي أحدثه اكتئاب والدها على عائلتها: «كان والدي يمر بأوقات عصيبة، وبدأ الأمر في وقت مبكر. مات جدي، ونبذت جدتي الدين من البيت. قالت لو كان الله قد أخذ زوجي وتركني مع أربعة أطفال هكذا فهو غير موجود. وهكذا بدأت بتقديم الجمبري ولحم الخنزير في جميع الأعياد اليهودية! يبلغ طول والدي 190 سم ووزنه مائتان وعشرون رطلًا، ولم يُهزم في كرة اليد من قبل، وكان أيضًا لاعبًا للبيسبول وكرة القدم في الكلية، وهو ذلك النوع من الرجال الذي لا يمكنك أن تتخيل أنه هش. أصبح طبيبًا نفسيًّا. بعد ذلك، أعتقد أنه عندما كان في الثامنة والثلاثين أو نحو ذلك -كان التسلسل الزمني مشوشًا لأن والدتي لا تريد التحدث عن الأمر وأبي لا يتذكره حقًّا وكنت طفلة

صغيرة عندما بدأ الأمر- اتصل ذات يوم أحد الأشخاص من العيادة التي كان يعمل بها بوالدتي وأخبرها أن والدي قد اختفى وترك العمل ولا يعرفون مكانه. وهكذا وضعتنا والدتي جميعًا في السيارة وظللنا نتجول ونتجول حتى وجدناه في النهاية متكئًا على صندوق البريد ويبكي. خضع للعلاج بالصدمات الكهربائية بعد ذلك مباشرة، وعندما انتهوا منه، طلبوا من والدتي أن تنفصل عنه لأنه لن يعود كما كان أبدًا. قالوا: «أطفالك لن يتعرفوا عليه». وعلى الرغم من أنها لم تصدقهم حقًّا، فإنها جلست في السيارة بينما كانا عائدين إلى المنزل من العلاج وبكت. عندما استفاق بدا وكأنه نسخة آلية من نفسه: غامض بعض الشيء، وذاكرته ليست جيدة، وأكثر حرصًا على نفسه، وأقل اهتمامًا بنا. من المفترض أنه كان أبًا ملتزمًا حقًّا عندما كنا صغارًا؛ فقد كان يعود إلى المنزل مبكرًا ليرى ما تعلمناه في ذلك اليوم وكان يجلب لنا الألعاب طوال الوقت. بعد العلاج بالصدمات الكهربائية، تغير قليلًا. ثم حدث ذلك مرة أخرى بعد أربع سنوات. جربوا الأدوية والمزيد من العلاج بالصدمات الكهربائية. وكان عليه أن يتخلى عن العمل لفترة من الوقت. بات من الصعب التعرف على وجهه. شحب وجهه وبرزت عظامه. كان يخرج من السرير ويتجول في أرجاء المنزل بلا حول ولا قوة ويداه ترتجفان بجانب جسده. كان يبدو وكأنه ممسوس من الشياطين. أعتقد أن مشاهد كهذه هي ما أتت بفكرة المس الشيطاني. كان عمري خمس سنوات حينها، وما زالت الذكرى حية في ذهني. أتذكر ذلك جيدًا. لقد بدا كما لو كان هناك شخص آخر غيره في المنزل».

«ثم بدا أنه يتحسن وظل لمدة عامين تقريبًا في حالة جيدة، ثم انهار مرة أخرى. ثم ظلت حالته تسوء. تحسن قليلًا في النهاية ثم انتكس مرة أخرى، ثم مرة أخرى. صدمته سيارة في ذلك الوقت، عندما كنت في الخامسة عشرة من عمري تقريبًا، لأنه كان مشوشًا للغاية أو ربما كانت لديه ميول انتحارية.. من يدري؟ حدث ذلك مرة أخرى في سنتي الأولى في الكلية. تلقيت مكالمة، واضطررت إلى تفويت الامتحان والنزول لرؤيته في المستشفى. وبعد ذلك تقاعد، وأعاد هيكلة حياته. أصبح يتناول الكثير من الفيتامينات ويمارس الكثير من التمارين ولا يعمل. وفي أي وقت يضغط عليه أي شيء، يغادر الغرفة. عندما كانت ابنتي الرضيعة تبكي كان يعتمر قبعته ويعود إلى المنزل. لكن والدتي بقيت معه خلال كل هذا، وعندما كان يعود إلى طبيعته، كان زوجًا عظيمًا لها. لقد أمضى عشر سنوات جيدة خلال التسعينيات حتى أُصيب بسكتة دماغية أدت إلى تدهور حالته مرة أخرى في أوائل عام 2001».

لقد عقدت إيف العزم على عدم تعريض عائلتها للمشكلات نفسها. فتقول: «لقد مررت بنفسي ببعض النوبات الرهيبة. وفي سن الثلاثين تقريبًا، لاحظت نمطًا في سلوكي. حيث كنت أعمل بشكل مفرط، وأتحمل الكثير من المهام، وأكملها، ثم أقضي أسبوعًا في السرير، غير قادرة تمامًا على التأقلم. لقد كنت أتناول دواء نورتريبتيلين في وقت ما، ولم يفعل شيئًا سوى زيادة وزني. ثم في سبتمبر 1995، حصل زوجي على وظيفة في بودابست واضطررنا إلى الانتقال إلى هناك، وتناولت دواء بروزاك للتعامل مع ضغوط الانتقال. لكن تدهورت حالتي

هناك تمامًا. كنت إما في السرير طوال اليوم وإما في حالة هياج غير عقلاني. أدى الضغط الناتج عن الوجود في مكان غير مألوف دون أصدقاء، بالإضافة إلى ساعات عمل زوجي الكثيرة، إلى تفاقم حالتي. وبحلول الوقت الذي انتهى فيه ذلك، بعد أربعة أشهر، فقدت عقلي تمامًا. عدت إلى الولايات المتحدة لرؤية الأطباء وتناولت كوكتيلًا ضخمًا من الأدوية: كلونوبين، والليثيوم، والبروزاك. كان من المستحيل أن يكون لدي أي أحلام أو أن أكون مبدعة، وكان عليَّ أن أحمل معي علبة حبوب دواء ضخمة طوال الوقت، عليها علامات تذكرني بالمواعيد لأنني كنت أجد صعوبة في تذكر ذلك. وفي نهاية المطاف، أسستُ حياة هناك، ووجدت بعض الأصدقاء الجيدين، وحصلت على وظيفة جيدة، لذلك خفضت الأدوية حتى أصبحت أتناول حبتين فقط في الليلة. ثم حملت، وتوقفت عن تناول جميع الأدوية، وشعرت بتحسن. عدنا إلى الوطن، وبعد أن أنجبت طفلتي اختفى كل التحسن -لم أنم ليلة نوم جيدة لمدة عام- وبدأت في الانهيار مرة أخرى. لقد عقدت العزم على عدم تعريض ابنتي لذلك. أتناول حاليًّا دواء ديباكوت، الذي أجده أقل تخديرًا عقليًّا ويعتبر آمنًا للاستخدام في أثناء الرضاعة الطبيعية. وقد عاهدت نفسي على القيام بكل ما هو ضروري لتزويد ابنتي ببيئة مستقرة ورعاية، وألا أغيب عنها أو أتركها».

لقد حظيتُ بسنتين جيدتين بعد الانهيار الثاني. كنت راضيًا، وكنت سعيدًا جدًّا بهذا الرضا. ثم في سبتمبر 1999، مررت بتجربة رهيبة تخلَّى فيها عني شخص كنت أعتقد أنه سيبقى معي إلى الأبد، وأصبحت حزينًا وليس مكتئبًا، بل حزينًا فقط. وبعد شهر، انزلقت على الدرج في منزلي وتعرضت كتفي للخلع، مما أدى إلى تمزق قدر كبير من الأنسجة العضلية. توجهت إلى المستشفى. حاولت أن أشرح للمُسعفين في سيارة الإسعاف ثم في غرفة الطوارئ أنني حريص على عدم الإصابة بالاكتئاب مجددًا. حدَّثتهم عن حصوات الكلى وكيف تسببت في نوبة سابقة. لقد وعدت بملء كل نموذج ممكن والإجابة عن أي أسئلة حول أي موضوع حتى لو كان التاريخ الاستعماري لزنجبار وما بعده إذا كان ذلك سيخفف فقط من الألم الجسدي الذي كنت أعرف أنه أقوى بكثير من أن يتحمله عقلي. أوضحت لهم أن لدي تاريخًا من الانهيارات الشديدة وطلبت منهم البحث عن ملفاتي الطبية. استغرق الأمر أكثر من ساعة للحصول على أي دواء للألم على الإطلاق؛ وفي تلك المرحلة تلقيت جرعة صغيرة جدًّا من المورفين الوريدي بحيث لا يمكنها تخفيف الألم. إن خلع الكتف هو أمر بسيط، ولكن لم تُعَد كتفي إلى موضعها إلا بعد ثماني ساعات من وصولي إلى المستشفى. حصلت أخيرًا على بعض مسكنات الألم المؤثرة، بعد أربع ساعات وثلاثين دقيقة من وصولي، لذا لم تكن الساعات الثلاث والنصف الأخيرة فظيعة تمامًا كالساعات التي مرت قبلها.

وفي محاولة للحفاظ على هدوئي خلال المراحل الأولى من كل هذا، طلبت استشارة نفسية. قالت لي الطبيبة التي كانت تشرف على الأمر: «إن خلع الأكتاف مؤلم وسيظل مؤلمًا حتى نعيده إلى مكانه، وعليك فقط أن تتحلى بالصبر». وقالت أيضًا: «أنت لا تمارس أي سيطرة

على نفسك، وتغضب، وتفقد أعصابك، ولن أفعل شيئًا من أجلك حتى تستجمع قواك وتستعيد رباطة جأشك». قيل لي «لقد أتيتنا للتو، ولا نعرفك جيدًا ولا نعرف تاريخك، ونحن لا نعطي مسكنات قوية للألم هكذا بسهولة»، وإنني يجب أن «أحاول التنفس بعمق وأتخيل نفسي على الشاطئ أستمع لصوت الأمواج، وأشعر بالرمال بين أصابع قدمي». قال لي أحد الأطباء: «تمالك نفسك وتوقف عن الشعور بالأسف على نفسك. هناك أشخاص في غرفة الطوارئ هذه يمرون بأشياء أسوأ منك». وعندما قلت إنني أعلم أنني يجب أن أعاني الألم ولكنني أريد تقليصه قبل أن نواصل، وإنني مستعد لتحمل الألم الجسدي، ولكنِّي قَلِقٌ بشأن المضاعفات النفسية، قيل لي إنني أبدو «طفوليًّا» و«غير متعاون». وعندما قلت إن لدي تاريخًا من المرض النفسي، قيل لي إنه في هذه الحالة لا أستطيع أن أتوقع أن يأخذ أي شخص آرائي بشأن هذه الأمور على محمل الجد. قالت الطبيبة: «أنا متخصصة ذات خبرة وأنا هنا لمساعدتك». وعندما قلت لها إنني مريض ذو خبرة وأعلم أن ما كانت تفعله في الواقع يؤذيني، أخبرتني أنني لم أذهب إلى كلية الطب وسيتعين عليَّ فقط المضي قدمًا وفقًا لما ترى هي أنه البروتوكول المناسب.

كررت طلبي للحصول على استشارة نفسية، لكن لم يُقدَّم أي شيء من هذا القبيل. لا تكون سجلات الطب النفسي متوفرة في غرف الطوارئ، وبالتالي لم يكن هناك أي وسيلة للتحقق من شكواي، على الرغم من أن المستشفى الذي كنت فيه هو المستشفى الذي يرتبط به جميع أطباء الرعاية الأولية الذين تعاملت معهم وكذلك طبيبي النفسي. أعتقد أن سياسة غرفة الطوارئ التي يُتعامَل بموجبها مع قول «لقد كنت أعاني اكتئابًا ذهانيًّا حادًّا يتفاقم بسبب الألم الشديد» على أنه يُشبه إلى حد كبير قول «يجب أن أحمل معي دمية دب من الصوف قبل أن تتمكن من خياطة الغرز» غير مقبولة. لا يتعامل البروتوكول القياسي الخاص بممارسات غرفة الطوارئ في الولايات المتحدة مع الجوانب النفسية للأمراض الجسدية.[43] لم يكن أحد في غرفة الطوارئ مجهزًا للتعامل مع المضاعفات النفسية. كنت أطلب شريحة لحم عند بائع السمك.

من طبيعة الألم أنه يتراكم. خمس ساعات من الألم تعادل على الأقل ستة أضعاف ألم ساعة واحدة. لقد لاحظت أن الصدمات الجسدية هي من بين المسببات الأساسية للصدمات النفسية، وأن علاج إحدى هذه الصدمات بطريقة تؤدي إلى توليد الأخرى هو محض غباء طبي. بالطبع، كلما طال أمد الألم، أنهكني أكثر؛ كلما زاد تحفيز أعصابي؛ زاد الوضع خطورة. تجمع الدم تحت الجلد حتى بدا وكأنني استعرت كتفي من نمر. كنت أشعر بالدوار عندما بدأ مفعول المسكنات. كان هناك بالفعل أشخاص في غرفة الطوارئ كانت إصاباتهم الحادة أكثر خطورة من إصابتي؛ لكن لماذا يجب على أي منا أن يتحمل الألم غير المبرر؟

في غضون ثلاثة أيام من محنتي في غرفة الطوارئ، راودتني مشاعر انتحارية حادة من النوع الذي لم أشعر به منذ أول نوبة حادة لي؛ ولو لم أكن تحت المراقبة لمدة أربع وعشرين ساعة من قِبل عائلتي وأصدقائي، لكنت قد وصلت إلى مستويات من الألم الجسدي والنفسي

لا تطاق وكنت سأسعى للحصول على راحة فورية من النوع الأكثر تطرفًا. كان الأمر نموذجًا للشجرة والنبات المتسلق مرة أخرى. إذا رأيت نبتة صغيرة تخرج من الأرض وأدركت أنها نبتة متسلقة، فيمكنك إخراجها من الأرض بيديك ببساطة وسيكون كل شيء على ما يرام. إذا انتظرت حتى يتماسك النبات المتسلق بقوة على الشجرة ويحكم قبضته عليها، فستحتاج إلى مناشير وربما فأس ومجرفة للتخلص منه. ومن غير المرجح أن تتمكن من إزالة النبات المتسلق دون كسر بعض أغصان الشجرة. عادةً ما أكون قادرًا على التحكم في الانتحار بنفسي، ولكن، كما أشرت للعاملين بالمستشفى بعد انتهاء النوبة بأكملها، فإن رفض علاج الشكاوى النفسية للمرضى يمكن أن يحول أمرًا بسيطًا نسبيًّا مثل خلع الكتف إلى مرض قاتل. إذا قال شخصٌ ما إنه يعاني، فيجب على أطباء غرفة الطوارئ الاستجابة وفقًا لذلك. تحدث حالات الانتحار في هذا البلد بسبب النزعة المحافظة للأطباء مثل الأطباء الذين التقيتهم في غرفة الطوارئ، الذين يتعاملون مع عدم تحمل الألم الشديد (الجسدي والنفسي) باعتباره ضعفًا في الشخصية.

في الأسبوع التالي، فقدت صوابي مرة أخرى. كنت قد عانيت البكاء خلال النوبات السابقة، ولكن ليس بالطريقة التي أعانيها الآن. كنت أبكي طوال الوقت. كان ذرف كل تلك الدموع مرهقًا للغاية. بدا أن القيام بأشياء بسيطة يتطلب جهدًا هائلًا. أتذكر أنني انفجرت في البكاء لأنني استهلكت قطعة الصابون التي كانت في الحمام بأكملها. وبكيت لأن أحد مفاتيح لوحة مفاتيح الحاسوب علق لثانية واحدة. لقد وجدت كل شيء صعبًا للغاية، وهكذا، على سبيل المثال، بدا لي أن احتمال رفع سماعة الهاتف أشبه برفع أربعمائة رطل والتدرب بها. حقيقة أنني كنت أضطر إلى ارتداء ليس فقط جوربًا واحدًا بل اثنين ثم حذاءين، أفزعتني لدرجة أنني أردت العودة إلى السرير. وعلى الرغم من أنني لم أكن أعاني القلق الحاد الذي اتسمت به النوبات السابقة، فإن جنون الارتياب بدأ يتغلغل أيضًا؛ فقد بدأت أخشى، في كل مرة يغادر فيها كلبي الغرفة، أن السبب هو أنه لم يكن مهتمًّا بي.

كان هناك رعب إضافي في هذا الانهيار. لقد حدث لي الانهياران السابقان عندما لم أكن أتناول الدواء. بعد النوبة الثانية، قبلت أنني يجب أن أتناول الدواء بشكل دائم إذا كنت أريد تجنب المزيد من النوبات. وبتكلفة نفسية كبيرة، كنت أتناول دوائي كل يوم لمدة أربع سنوات. الآن وجدت نفسي أعاني انهيارًا تامًّا على الرغم من أنني كنت أتناول إيفكسور وبوسبار وويلبوترين. ماذا يمكن أن يعني هذا؟ في أثناء العمل على هذا الكتاب، التقيت بعض الأشخاص الذين تعرضوا لنوبة أو اثنتين، ثم تناولوا الدواء وأصبحوا بخير. ومن ناحية أخرى، التقيتُ أيضًا أشخاصًا، بعد أن شعروا بالارتياح لمدة عام تقريبًا باستخدام أحد الأدوية، تعرضوا للانتكاسة، ثم حصلوا على بضعة أشهر من الراحة باستخدام دواء آخر؛ وهم أشخاص لم يتمكنوا قط من جعل اكتئابهم شيئًا من الماضي. كنت أعتقد أنني أنتمي إلى الفئة الأولى. لكن بدا لي الآن فجأة أنني أنتمي إلى الفئة الثانية. لقد رأيت هذه الحيوات التي لم تكن فيها الصحة النفسية أكثر من مجرد حالة عارضة. ربما أكون قد استنفدت فرصي في الحصول

على مساعدة من دواء إيفكسور، كما يحدث لبعض الأفراد مع هذه الأدوية. إذا كان الأمر كذلك، فهذا يعني أنني كنت أدخل عالمًا مليئًا بالتحديات، وأتناول أدوية مختلفة دون وجود حلٍّ دائم في الأفق.

لدي الآن إجراءات معمول بها للانهيارات. أعرف أي الأطباء ينبغي أن أتصل بهم وأي شيء ينبغي أن أقول. أعرف متى يحين وقت التخلص من شفرات الحلاقة والاستمرار في تمشية الكلب. اتصلت وقلت مباشرة إنني أشعر بالاكتئاب. انتقل بعض الأصدقاء الأعزاء، المتزوجين حديثًا، إلى منزلي وظلوا معي لمدة شهرين، حيث ساعدوني في تجاوز الأوقات الصعبة من الأيام، وتحدثوا معي عن قلقي ومخاوفي، وقصُّوا عليَّ القصص، وتأكدوا من أنني آكل، وخففوا من وطأة الوحدة؛ لقد جعلوا من أنفسهم رفقاء روحي مدى الحياة. جاء أخي من كاليفورنيا وفاجأني عند عتبة باب منزلي عندما كنت في أسوأ حالاتي. وقد حثَّ هذا والدي على الاستجابة أيضًا. وإليكم ما كنت أعرفه وأنقذني: تصرَّف بسرعة؛ تواصل مع طبيب جيد مستعد لسماع رأيك؛ تعرف على أنماطك الخاصة بوضوح؛ نظِّم النوم والأكل مهما كانت المهمة بغيضة؛ ارفع الضغوط دفعة واحدة؛ مارس تمارين رياضية؛ احشد طاقة الحب.

اتصلت بوكيلي الأدبي في أسرع وقت ممكن وأخبرته بأن حالي سيئ وأنني سأعلق العمل في هذا الكتاب. قلت إنه ليس لدي أي فكرة عن مسار الكارثة التي سأواجهها. قلت: «افترض أنني صدمتني سيارة بالأمس، وأنني في المستشفى أنتظر نتيجة الأشعة. مَن يعرف متى سأكتب مرة أخرى؟» لقد تناولت زاناكس حتى عندما جعلني أشعر بالترنح والإرهاق، لأنني كنت أعرف أنني إذا تركت القلق المتفشي في جسدي يتحرر، فسوف يزداد الأمر سوءًا وسأكون في ورطة. شرحت لأصدقائي وعائلتي أنني لم أفقد عقلي، لكنني بالتأكيد لست على ما يرام. شعرت وكأنني مدينة دريسدن في زمن الحرب، وكأنني المدينة التي كانت تُدمَّر ولم تتمكن من حماية نفسها من القنابل، وكانت تنهار ببساطة، ولم يتبق منها سوى بقايا الذهب النادرة التي تتلألأ وسط الأنقاض.

كنت أبكي بشكل محرج حتى في مصعد المستشفى حيث يوجد مكتب الطبيب النفسي، فقد ذهبت لأسأله ما إذا كان من الممكن فعل أي شيء. ولدهشتي، لم ير الطبيب النفسي الوضع بهذه الصورة الرهيبة كما رأيته. وقال إنه لن يوقف إيفكسور «لقد كنت تتناوله منذ فترة طويلة وكان فعالًا وليس هناك سبب لتوقفه الآن». أعطاني عقار زيبريكسا، وهو مضاد للذهان له تأثيرات مضادة للقلق أيضًا. زاد جرعة إيفكسور لأنه، كما قال، «لا ينبغي لك أبدًا الابتعاد عن العقار الذي يساعدك إلا إذا كنت مضطرًّا إلى القيام بذلك». لقد ساعدني إيفكسور من قبل وربما مع زيادة الجرعة سيساعدني مرة أخرى؟ وخفَّض جرعتي من ويلبوترين لأنه يُنشِّطني، بينما كنت بحاجة إلى تقليل ذلك في مواجهة القلق الشديد. وتركنا بوسبار كما هو. كان الطبيب يضيف أشياء ويطرح أشياء ويقرأ إجاباتي ووصفي لذاتي ويبني نسخة «حقيقية» مني إلى حدٍّ ما، ربما مثل النسخة القديمة تمامًا، وربما مختلفة قليلًا. اكتسبت

الكثير من الخبرة حتى الآن وقرأت عن العقاقير التي تناولتها (على الرغم من أنني تجنبت معرفة الآثار الجانبية لأي شيء إلى أن أتناوله لفترة من الوقت؛ فمعرفة الآثار الجانبية هي ضمانة إلى حد ما على حدوثها). ومع ذلك، كان الأمر كله عبارة عن علم غامض للروائح والنكهات والمزج. لقد ساعدني الطبيب النفسي على النجاة من التجارب؛ فقد كان مناصرًا للاستمرارية، حيث هدَّأني بالاعتقاد بأن المستقبل سيكون على الأقل مساويًا للماضي.

في الليلة التالية لبدء استخدام زيبريكسا، كان من المفترض أن ألقي محاضرة عن فرجينيا وولف. أحب فرجينيا وولف. كان إلقاء محاضرة عن فرجينيا وولف وقراءة مقاطع من كتاباتها بصوت عالٍ كإلقاء محاضرة عن الشوكولاتة وتناول الطعام في طريقي. كنت ألقي هذه المحاضرة في منزل أصدقائي، أمام مجموعة ودودة ربما تضم خمسين من رفاقهم. لقد كان ذلك بمنزلة عمل خيري لقضية أومن بها. في ظل الظروف العادية، كان من الممكن أن يكون الأمر ممتعًا للغاية وذا مجهود قليل، وكنت سأتمكن من الاستمتاع بتسليط الأضواء عليَّ وهو أمر أحبه عندما أكون في حالة مزاجية جيدة. قد يعتقد المرء أن إلقاء المحاضرة من شأنه أن يؤدي إلى تفاقم مشكلاتي، ولكن في الواقع، كنت غارقًا في القلق لدرجة أن المحاضرة لم تحدث فرقًا كبيرًا. لقد كان مجرد الاستيقاظ أمرًا مثيرًا للأعصاب، ولا شيء كان يمكن أن يجعل الأمور أسوأ حقًّا. لذلك وصلت وأجريت بعض المحادثات الودودة في أثناء تناول المشروبات ثم وقفت مع ملاحظاتي ووجدت نفسي هادئًا، هادئًا بشكل مخيف، كما لو كنت أطرح فقط بعض الأفكار على مائدة العشاء بشكل عشوائي. كان الأمر وكأنني خارج جسدي وأشاهد نفسي ألقي محاضرة متماسكة بشكل معقول عن وولف من الذاكرة والنص المكتوب.

بعد المحاضرة، ذهبت مع مجموعة من الأصدقاء والأشخاص الذين نظموا الحدث لتناول العشاء في مطعم قريب. ضمت الأمسية عددًا كافيًا من الأشخاص المتنوعين، لذا كان الأمر يتطلب بذل بعض الجهد لحشد المظهر المثالي، لكن في ظل الظروف العادية، كان من الممكن أن يكون الأمر ممتعًا. في الواقع، بدا كما لو أن الهواء من حولي كان يتجمد، بالطريقة التي يتجمد بها الغراء، في حالة صلابة غريبة، بحيث بدت أصوات الناس وكأنها تتكسر وتتشقق خلال الهواء الصلب، وهذا الضجيج المتكسر جعل من الصعب سماع ما يقولونه. حتى رفع الشوكة كان كاختراق شيء صلب. طلبت سمك السلمون وبدأت أدرك أن وضعي الغريب كان ظاهرًا. لقد شعرت بالخوف قليلًا ولكني لم أكن أعرف ماذا أفعل حيال ذلك. تكون هذه المواقف محرجة، بغض النظر عن عدد الأشخاص الذين تعرفهم والذين تناولوا عقار بروزاك، وبغض النظر عن مدى تقبلهم للاكتئاب. كان جميع الجالسين على الطاولة يعلمون أنني أكتب كتابًا عن هذا الموضوع، وكان معظمهم قد قرأ مقالاتي. لكن ذلك لم يخفف من الوضع. حاولت التحدث لكن تعثرت واعتذرت في أثناء تناول الطعام مثل أحد دبلوماسيي الحرب الباردة. كان بإمكاني أن أقول: «أنا آسف إذا بدوت مشتتًا بعض الشيء، لكنني أتعامل حاليًّا مع نوبة أخرى من الاكتئاب»، ولكن حينها كان الجميع سيشعرون بأنهم مضطرون إلى السؤال عن

أعراض وأسباب محددة، محاولين طمأنتي، الأمر الذي من شأنه أن يؤدي في الواقع إلى تفاقم الاكتئاب. أو «أخشى أنني لا أستطيع التركيز مع ما تقولونه لأنني أتناول خمسة مليجرامات من عقار زاناكس كل يوم، (على الرغم من أنني لست مدمنًا)، كما أنني بدأت للتو علاجًا جديدًا مضادًّا للذهان. بخصائص مهدئة قوية» ومن ناحية أخرى، كان لدي شعور بأنني إذا واصلت عدم قول أي شيء، فسوف يلاحظون مدى غرابتي.

ثم وجدت أن الهواء أصبح صلبًا لدرجة أن الكلمات كانت تأتي في أصوات متقطعة لم أستطع ربطها معًا. ربما مررت من قبل بتجربة حضور محاضرة وأدركت أنه من أجل فهم النقاط الرئيسية تحتاج إلى الاستمرار في التركيز والانتباه إلى ما يُقال؛ لكن عقلك يتشتت قليلًا ومن ثم لا يمكنك فهم ما يُقال عندما تعود إليه. تجد المنطق مفقودًا. هكذا كان الأمر بالنسبة لي، ولكن بين العبارات. شعرت أن المنطق يختفي. قال أحدهم شيئًا ما عن الصين، لكنني لم أكن متأكدًا من ذلك. ثم اعتقدت أن شخصًا آخر قد ذكر العاج، لكنني لم أكن أعرف ما إذا كان هو الشخص نفسه الذي تحدث عن الصين، على الرغم من أنني أتذكر أن الصينيين كانوا يصنعون أشياءً من العاج. كان أحدهم يسألني شيئًا عن سمكة، ربما سمكتي؟ ما إذا كنت طلبت سمكًا؟ ما إذا كنت أحب الصيد؟ أو ربما شيء عن الأسماك الصينية؟ سمعت أحدهم يكرر سؤالًا (أدركت ذلك من طريقة إلقائه للمرة الثانية)، ثم أحسست بعيني مغمضتين وفكرت بهدوء، ليس من الأدب أن تغفو عندما يسألك أحدهم سؤالًا للمرة الثانية. يجب أن أستيقظ. لذلك رفعت رأسي وابتسمت بطريقة لم أفهمها تمامًا. رأيت وجوهًا حائرة تنظر إلي. «هل أنت بخير؟» سألني أحدهم مرة أخرى، فقلت: «ربما لا»، فأخذني بعض الأصدقاء الذين كانوا هناك من ذراعي واقتادوني إلى الخارج.

ظللت أقول «آسف للغاية»، مدركًا بشكل خافت أنني تركت الجميع على الطاولة، وندمت على عدم الإفصاح ببساطة عن أنني كنت أعاني الاكتئاب، وأتناول أدوية متعددة، وغير متأكد من كيفية سير الأمسية. وظل الجميع يرددون أنه لا يوجد ما يدعو للأسف. أعادني الأصدقاء الذين أنقذوني إلى المنزل وإلى سريري. حاولت لفترة وجيزة الدخول في محادثة ولكنني انزلقت في نوم عميق لمدة سبع عشرة ساعة مليئًا بأحلام مكثفة. يا إلهي لقد نسيت شدة الاكتئاب. يمكن أن يؤثر الاكتئاب علينا بشكل عميق، وغالبًا ما نسترشد بمعايير مجتمعية خارجة عن سيطرتنا. إن المعايير التي نشأت عليها والتي أسستها لنفسي، هي معايير مرتفعة جدًّا؛ فإذا لم أشعر أنني قادر على تأليف كتاب، أشعر أن هناك شيئًا خاطئًا بي. قد يكون لدى أشخاص آخرين معايير أقل أو أعلى. إذا استيقظ جورج دبليو بوش ذات يوم وهو يشعر بأنه لا يستطيع أن يكون زعيمًا للعالم الحر، فقد يبدو أن هناك مشكلة ما فيه. لكن بعض الناس يشعرون أنهم بخير ما داموا يستطيعون إطعام أنفسهم والاستمرار في العيش. كان الانهيار في أثناء العشاء خارج النطاق المقبول وفقًا لمعاييري.

استيقظتُ وأنا أشعر بقدر من السوء أقل مما شعرت به في اليوم السابق، على الرغم من أنني كنت منزعجًا أيضًا من خروجي عن نطاق السيطرة. كانت فكرة الخروج من المنزل لا تزال تبدو صعبة بشكل صادم، لكنني كنت أعلم أنه يمكنني النزول إلى الطابق السفلي (على الرغم من أنني لم أكن متأكدًا من رغبتي في القيام بذلك الشيء). كان يمكنني إرسال بعض رسائل البريد الإلكتروني. أجريت مكالمة غامضة مع الطبيب النفسي، واقترح أن أخفِّض جرعة زيبريكسا إلى النصف وأن أخفض استهلاك زاناكس. كنت متشككًا بصراحة حتى عندما بدأت الأعراض في الانقشاع بعد ظهر ذلك اليوم. لكن بحلول المساء، تحسنت كثيرًا، مثل السلطعون الذي تخلص من قوقعته القديمة، وسار ضعيفًا على طول الشاطئ، واكتشف في النهاية صدفة جديدة. وعلى الرغم من أنه كان لا يزال أمامي طريق طويل لأقطعه، فإنني كنت سعيدًا بمعرفة أنني أتعافى.

كان هذا هو الانهيار الثالث، وقد كان كاشفًا. ففي حين أن الانهيار الأول والثاني كانا حادَّين لمدة ستة أسابيع تقريبًا واستمر كل منهما نحو ثمانية أشهر، فإن الانهيار الثالث، الذي أسميه انهيارًا مُصغرًا، كان حادًّا لمدة ستة أيام فقط واستمر نحو شهرين. لقد كنت محظوظًا لأنني أظهرت استجابة جيدة جدًّا لزيبريكسا، لكنني وجدت أيضًا أن البحث الذي كنت أقوم به لهذا الكتاب، سواء كان ذا قيمة لأي شخص آخر أم لا، كان مفيدًا للغاية بالنسبة لي. لقد ظللت حزينًا لبضعة أشهر لعدة أسباب وتحت ضغط كبير، وأتعامل مع كل شيء، ولكن ليس بسهولة. ولأنني تعلمت الكثير عن الاكتئاب، فقد تعرفت على نقطة التقاطع على الفور. لقد وجدت طبيبًا نفسيًّا خبيرًا وكان قادرًا على التعديل بدقة بين مزيج الأدوية. أعتقد أنني لو كنت قد تناولت الدواء قبل أن يدفعني الانهيار الأول إلى الهاوية، لكنت قد تغلبت على اكتئابي الأول قبل أن يخرج عن نطاق السيطرة، وربما كنت سأتجنب الانهيارات الحقيقية كليًّا. لو لم أتوقف عن تناول الدواء الذي ساعدني خلال هذا الانهيار، ربما لم أكن لأتعرض لانهيار آخر أبدًا. وبحلول الوقت الذي بدأت فيه التوجه نحو الانهيار الثالث، كنت مصممًا على عدم ارتكاب خطأ غبي مرة أخرى.

يتطلب التعافي من المرض النفسي المداومة؛ فنحن جميعًا نواجه بشكل دوري صدمات جسدية ونفسية، وهناك احتمالات كبيرة أن يواجه أولئك الذين يعانون ضعفًا كبيرًا منا لحظات من الانتكاس في مواجهة المشكلات. يمكن لحياة من الحرية النسبية أن تتجلى بشكل أفضل من خلال الاهتمام الدقيق والمسؤول بالأدوية، المقترنة مع الحديث الثابت والمثمر. يحتاج معظم الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب الشديد إلى مجموعة من الأدوية، وأحيانًا بجرعات غير تقليدية. كما أنهم يحتاجون إلى فهم لذواتهم المتغيرة، وهو فهم يمكن للمتخصص تسهيله. لقد صادفت قصصًا مأسوية للعديد من الأشخاص المصابين بالاكتئاب الذين طلبوا المساعدة ولكنهم تلقوا علاجًا غير مناسب. إذ غالبًا ما توصف لهم الأدوية، وأحيانًا بجرعات غير مناسبة، التي تخفف جزئيًّا فقط من الأعراض التي كان من الممكن علاجها بالكامل. ولعل

الأكثر مأسوية بين هؤلاء هم أولئك الذين يعرفون أنهم يتلقون علاجًا ورعاية سيئين ولكنهم غير قادرين على الوصول إلى رعاية أفضل بسبب القيود التي تفرضها منظمات الحفاظ على الصحة (HMOs) وقيود التأمين.

هناك حكاية قديمة كانت تُروى في عائلتي عن عائلة فقيرة وحكيم وعنزة. عاشت العائلة الفقيرة في بؤس، وكان تسعة منهم يتقاسمون غرفة واحدة، ولم يكن لدى أحد ما يكفي من الطعام وكانت ملابس الجميع بالية، وحياتهم حياة بؤس مطلق. أخيرًا، في أحد الأيام، انطلق رجل المنزل لزيارة الحكيم وقال له: «أيها الحكيم العظيم، نحن بائسون للغاية لدرجة أننا بالكاد نستطيع البقاء على قيد الحياة. الضجيج فظيع، والقذارة شديدة، والافتقار إلى الخصوصية يخنقنا، وليس لدينا ما يكفي من الطعام أبدًا، وبدأنا جميعًا نكره بعضنا بعضًا، وهذا أمر مروع. ماذا علينا أن نفعل؟» فأجاب الحكيم ببساطة: «يجب أن تحصل على عنزة وتعيش معكم داخل المنزل لمدة شهر واحد. وبعد ذلك ستُحَل مشكلاتكم». فنظر الرجل إلى الحكيم في دهشة. «عنزة؟ نعيش مع عنزة؟» لكن الحكيم أصرَّ، وبما أنه كان حكيمًا جدًّا، فعل الرجل ما قاله له. خلال الشهر التالي، كانت الحياة الجهنمية لعائلة هذا الرجل لا تطاق. كان الضجيج أسوأ. وكانت القذارة أسوأ. لم يكن هناك شيء يشبه الخصوصية ولو عن بعد؛ لم يكن هناك شيء للأكل لأن العنزة ظلت تأكل كل شيء؛ ولم تكن هناك ملابس لأن العنزة أكلت ملابس الجميع أيضًا. وانفجر الكره في المنزل. وفي نهاية الشهر عاد الرجل إلى الحكيم غاضبًا، وقال: «لقد عشنا لمدة شهر واحد مع عنزة في كوخنا. وكان الأمر مروعًا. كيف أمكنك أن تعطينا مثل هذه النصيحة السخيفة؟» أومأ الحكيم برأسه بحكمة وقال: «الآن تخلصوا من العنزة وسترون كم ستكون حياتكم هائنة».

وهذا هو الحال مع الاكتئاب. إذا تمكنت من التخلص من اكتئابك، فيمكنك العيش في سلام رائع مع مشكلات العالم الحقيقي التي قد يتعين عليك مواجهتها، التي تبدو دائمًا ضئيلة بالمقارنة معه. اتصلت بأحد الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلة من أجل هذا الكتاب وبدأت المحادثة بأدب من خلال سؤاله عن أحواله. قال: «حسنًا، ظهري يؤلمني؛ وأُصِبت بالتواء في الكاحل. والأطفال غاضبون مني. وماتت القطة؛ وأواجه الإفلاس. من ناحية أخرى، أنا لا أعاني أي أعراض نفسية في الوقت الحالي، لذلك أود أن أقول بشكل عام إن الأمور رائعة». كان انهياري الثالث بمنزلة عنزة حقيقية للانهيار. لقد جاء في وقت كنت أشعر فيه بالاستياء بشأن مجموعة متنوعة من الأشياء في حياتي التي كنت أعرف، بعقلانية، أنها قابلة للإصلاح في نهاية المطاف. عندما نجحت في التغلب عليه، شعرت برغبة في إقامة مهرجان صغير للاحتفال ببهجة حياتي الفوضوية. وشعرت بأنني مستعد بشكل مدهش للعودة إلى هذا الكتاب، الذي كنت قد نحيته جانبًا خلال الشهرين السابقين. ومع ذلك، فقد كان انهيارًا، وقد حدث في أثناء تناولي الدواء. لذا فمنذ ذلك الحين، لم أشعر قط بالأمان التام. خلال المراحل المتأخرة من كتابة هذا الكتاب، كنت أصاب بنوبات من الخوف والوحدة. لم تتصاعد هذه المشاعر إلى حد

الانهيار، لكن في بعض الأحيان، كنت أكتب صفحة ثم أحتاج إلى الاستلقاء لمدة نصف ساعة للتعافي من كلماتي. في بعض الأحيان، كنت أبكي أو أشعر بالقلق، وأقضي يومًا أو يومين في السرير. أعتقد أن هذه التجارب تعكس بدقة تحديات كتابة هذا الكتاب وحالة معينة من عدم اليقين بشأن المستقبل، لكنني لا أشعر بالتحرر؛ أنا لست حرًّا.

كانت الآثار الجانبية للأدوية مُحتملة بالنسبة لي. كان طبيبي النفسي خبيرًا في إدارة الآثار الجانبية. لقد عانيت بعض الآثار الجانبية الجنسية بسبب أدويتي، مثل انخفاض طفيف في الرغبة الجنسية والمشكلة الشاملة المتمثلة في تأخر النشوة الجنسية كثيرًا. قبل بضع سنوات، أضفت ويلبوترين إلى نظامي الدوائي؛ وبدا أنه يُنشط الرغبة الجنسية لدي، على الرغم من أن الأمور لم تصل قط إلى المعايير القديمة. أعطاني الطبيب أيضًا الفياجرا، فقط في حالة تعرضي لهذا التأثير الجانبي، ومنذ ذلك الحين أضاف الديكسامفيتامين، الذي من المفترض أن يزيد الرغبة الجنسية. أعتقد أن ذلك يحدث ولكنه أيضًا يجعلني مضطربًا. يبدو أن جسدي يمر بتحولات تتجاوز قدرتي على التمييز، وما يعمل بشكل رائع في إحدى الليالي قد يكون صعبًا بعض الشيء في الليلة التالية. زيبريكسا هو دواء مهدئ وأنا أنام كثيرًا في الغالب، نحو عشر ساعات في الليلة، لكن ألجأ لزاناكس في الليل أحيانًا عندما تهاجمني المشاعر ولا أستطيع أن أغمض عيني.

هناك علاقة حميمة غريبة تأتي من تبادل القصص المُفصَّلة. لقد تواصلت أنا ولورا أندرسون مع بعضنا بعضًا بشكل شِبه يومي لأكثر من ثلاث سنوات، وخلال انهياري الثالث، كانت مهتمة بشكل غير عادي. لقد ظهرت من العدم في حياتي، ونشأت بيننا صداقة حميمة غريبة ومفاجئة؛ إذ في غضون بضعة أشهر من رسالتها الأولى لي، شعرتُ كما لو أنني كنت أعرفها منذ الأزل، ومن خلال تواصلنا -غالبًا عن طريق البريد الإلكتروني ولكن أحيانًا عن طريق رسالة أو بطاقة بريدية، وأحيانًا عن طريق الهاتف، ومرة شخصيًّا- أصبحتْ جزءًا معتادًا من حياتي تحول سريعًا إلى حالة شِبه إدمانية. اتبعت علاقتنا قصة حب، تتقدم من خلال الاكتشاف والإثارة والتعب والتجديد والروتين والعمق. في بعض الأحيان، بدا وجود لورا وتصرفاتها مُربكًا، وفي المراحل الأولى من علاقاتنا، كنت أحيانًا أقيدها؛ ولكن سرعان ما شعرت في الأيام النادرة التي لم تتواصل معي فيها كما لو أنني فاتتني وجبة أو لم أنم ليلًا. على الرغم من أن لورا أندرسون مصابة باضطراب ثنائي القطب، فإن نوبات الهوس التي تعانيها أقل وضوحًا بكثير من نوبات الاكتئاب، ويمكن التحكم فيها بسهولة أكبر. إنها واحدة من العديد من الأشخاص الذين، بغض النظر عن مدى دقة تنظيم الأدوية والعلاجات والسلوكيات، فإن الاكتئاب ينتظرهم دائمًا. في بعض الأيام تتحرر منه وفي أيام أخرى لا تتحرر منه، وليس هناك ما يمكنها فعله لإبعاده.

أرسلت لي الرسالة الأولى في يناير عام 1998. وكانت رسالة مليئة بالأمل. لقد قرأتْ قصتي عن الاكتئاب في إحدى المجلات، وشعرتْ أننا نعرف بعضنا بعضًا. أعطتني رقم منزلها

وطلبت مني أن أتصل في أي وقت وفي أي ساعة كلما أردت، وأرفقت لي قائمة بالألبومات الغنائية التي ساعدتها على اجتياز الأوقات العصيبة وأحد الكتب التي اعتقدتْ أنه سيروقني. كانت في أوستن بولاية تكساس، لأن هذا هو المكان الذي يعيش فيه صديقها، لكنها كانت معزولة إلى حد ما وتشعر بالملل هناك. لقد كانت مكتئبة جدًّا لدرجة أنها لم تتمكن من العمل، على الرغم من أنها كانت مهتمة بالعمل الحكومي وكانت تأمل في الحصول على وظيفة في مجلس ولاية تكساس. أخبرتني أنها تناولت عقاقير بروزاك، وباكسيل، وزولوفت، وويلبوترين، وكلونوبين، وبوسبار، وفاليوم، وليبريوم، وأتيفان، و«بالطبع زاناكس» وكانت الآن تتناول العديد من هذه الأدوية بالإضافة إلى ديباكوت وأمبيان. كانت تواجه مشكلة مع طبيبها النفسي المشرف عليها، مما دفعها إلى الاستعانة بما يزيد على 40 طبيبًا. كان هناك شيء ما في رسالتها يجذبني، وقد رددت عليها بأكبر قدر من الدفء استطعت استجماعه.

تواصلت معي بعد ذلك في فبراير وقالت إن عقار ديباكوت ليس فعالًا حيث كان يسبب لها فقدان الذاكرة، وارتعاش اليدين، والتأتأة، وحتى نسيان أشياء بسيطة مثل الولاعة، على الرغم من الجهد الكبير الذي بذلته لإعداد السجائر ومنفضة السجائر. لقد كانت غاضبة لأن هذه الحالات متعددة الأقطاب. فكرت في دخول المستشفى خلال ذلك الأسبوع لكنها رفضت الفكرة، لأنها أمضت وقتًا كافيًا في المستشفيات لمعرفة القيود التي تفرضها، بما في ذلك عدم إمكانية الوصول إلى جهاز الاستريو وسماعات الرأس، أو استخدام المقص لصنع بطاقات عيد الحب. بالإضافة إلى ذلك، كانت تفتقد كلابها وصديقها بيتر، الذي ظل داعمًا لها خلال كل الصعوبات التي تواجهها، بما في ذلك لحظات المرض والغضب والاضطرابات ونقص الحميمية. إن البقاء في جناح الطب النفسي يعني النوم في الردهة بالقرب من قسم الممرضات أو الحبس في غرفة تحت المراقبة، وهو ما لم يكن احتمالًا جذابًا بالنسبة إليها. وعلى الرغم من هذه التحديات، فقد شعرت بالثقة إلى حد ما في أنه مع الحفاظ على أدويتها، فإنها ستكون على ما يرام، وستبقى في مكان ما بين النقيضين.

ومع قدوم الربيع تحسَّنت حالتها المزاجية. وفي شهر مايو، اكتشفتْ أنها حامل وشعرت بقدر كبير من الحماس بشأن احتمال إنجاب طفل. ومع ذلك، اكتشفت لاحقًا أن دواء ديباكوت الذي كانت تتناوله، كان مرتبطًا بخطر السنسنة المشقوقة ونمو الدماغ غير السليم لدى الطفل. حاولت التوقف عن استخدام عقار ديباكوت. تواصلت معي في النهاية وشاركت تجربتها قائلة: «أنا هنا، في حالة من الحزن الشديد بعد الإجهاض. أعتقد أن العودة إلى تناول الدواء هي الجانب المشرق الوحيد في هذه الحالة. أبذل قصارى جهدي حتى لا أترك الغضب أو الاستياء يسيطران عليَّ، ولكن هناك أوقاتًا يبدو فيها كل شيء غير عادل. إنه يوم جميل ومشمس هنا في أوستن، ومع ذلك أتساءل لماذا أشعر بالاستنزاف العاطفي. كما ترى، فأي شيء -حتى رد الفعل الطبيعي تمامًا لموقف صعب- يجعلني في حالة من القلق بشأن احتمالية الإصابة

بالاكتئاب الوشيك. أجد نفسي مُغلَّفة بضباب من الغضب، ورغم ذلك لدي صداع ومرهقة من البكاء».

وبعد عشرة أيام، كتبت: «لقد استقرت حالتي، ربما تراجعت قليلًا عما أريد، ولكن ليس إلى نطاق مثير للقلق. لقد غيرتُ الأطباء والأدوية؛ استبدلتُ بديباكوت تيجريتول، مع إضافة بعض الزيبريكسا لتسريع تأثيرات تيجريتول. زيبريكسا يصيبني بالخمول حقًّا. الآثار الجانبية الجسدية للأمراض النفسية تبدو إهانة! أعتقد أنه مع كل الأشياء التي تناولتها فأنا الآن مؤهلة للانتماء إلى فئة «الاكتئاب المتقدم». ومع ذلك، ما زلت أعاني ذلك الفقدان الغريب للذاكرة. عندما أكون في حالة جيدة، يصبح من المستحيل أن أتذكر مدى فظاعة الاكتئاب الذي يستنزفني. أنا متعبة جدًّا، ومرهقة جدًّا من محاولة معرفة مَن أنا عندما أكون «بخير»؛ لم أعد أعرف ما هو الطبيعي أو المقبول بالنسبة لي».

وبعد بضعة أيام كتبت: «إن الوعي الذاتي يتعارض مع قدرتي على الكشف عن الكثير من عمق شخصيتي للآخرين. ونتيجة لذلك، فإن معظم الأصدقاء الذين كونتهم في السنوات الثمان أو التسع الماضية سطحيون إلى حد ما. وهذا يؤدي إلى الشعور بالوحدة ويتركني أشعر بالحماقة. لقد اتصلت للتو، على سبيل المثال، بصديقة قريبة جدًّا (ومتطلبة) في ولاية فرجينيا الغربية، التي كانت تشعر بالفضول بشأن سبب عدم زيارتي لها ولطفلها الجديد. ماذا يمكنني أن أقول؟ إنني كنت أرغب في القيام بالرحلة ولكنني كنت أكافح لكي أبقى خارج مستشفى الأمراض النفسية؟ إنه أمر محرج للغاية ومهين للغاية. إذا كنت أعرف أنه لن يُكتشَف أمري، فسأود اختلاق تفسير؛ ربما أخترع سرطانًا مقبولًا، يأتي ويذهب، الذي يمكن للناس فهمه دون خوف أو قلق».

يعيق المرض حياة لورا باستمرار، ويُشكل كل جانب من جوانب وجودها. فكما توضح: «فيما يتعلق بالمواعدة، أطلب من الأشخاص الذين أواعدهم أن يكونوا مكتفين ذاتيًّا إلى حد ما لأن الاعتناء بنفسي يستهلك الكثير من طاقتي، ولا يمكنني أن أتحمل مسؤولية كل جرح صغير يشعر به الشخص الآخر. إنها طريقة فظيعة للتعامل مع الحب، أليس كذلك؟ وعلى الصعيد المهني، يعد الأمر تحديًا أيضًا؛ فالوظائف تكون ذات فترات قصيرة وهناك الكثير من الفجوات بينها. إذ مَن يريد أن يسمع عن توقعاتك بشأن دوائك الجديد؟ كيف تتوقع أن يفهم أي شخص ذلك؟ قبل أن أعاني الاكتئاب، كان لدي صديق عزيز يعانيه، وكنت أستوعب كل ما يقوله كما لو كنا نتحدث اللغة نفسها، ولكن ما أدركته منذ ذلك الحين هو أن الاكتئاب يتحدث أو يعلمك لغة مختلفة تمامًا».

وفي الأشهر التي تلت ذلك، بدت وكأنها تكافح ضد شيء يمكن أن تشعر به يلوح في الأفق. في هذه الأثناء، بدأتُ أنا وهي في التعرف على بعضنا بعضًا. وعلمت أنها تعرضت للتحرش عندما كانت مراهقة، ثم للاغتصاب في أوائل العشرين من عمرها، وأن كل تجربة من هذه

التجارب تركت آثارًا عميقة عليها. تزوجت وهي في السادسة والعشرين من عمرها وأصيبت باكتئابها الأول في العام التالي. بدا أن زوجها غير قادر على التعامل مع الأمر، وقد تعاملت مع ذلك عن طريق الإفراط في شرب الخمر. وفي الخريف، أصبحت مهووسة بعض الشيء وذهبت إلى الطبيب؛ لكنه أخبرها أنها كانت متوترة فحسب وأوصاها بتناول عقار الفاليوم. أخبرتني لاحقًا: «كان الهوس يملأ ذهني، لكن جسدي كان يتباطأ ويملؤه الخمول بشكل مروع». وفي حفل الكريسماس الذي أقامته هي وزوجها في الشهر التالي، استشاطت غضبًا وألقت عليه موس سمك السلمون. ثم صعدت إلى الطابق العلوي وابتلعت ما تبقى من عبوة الفاليوم. أخذها إلى الطوارئ في المستشفى وأخبر الأطباء والمعالجين أنه لا يستطيع التعامل معها؛ وقد وُضِعت في مصحة نفسية وبقيت هناك خلال الكريسماس. وعند عودتها إلى المنزل، بعد أن تلقت علاجًا مكثفًا، انهار زواجها. قالت: «مررنا ببعض الصعوبات في العام التالي، ثم في الكريسماس التالي في باريس، عندما نظرت إليه عبر مائدة العشاء، أدركت أنني لم أكن أكثر سعادة مما كنت عليه قبل عام في المستشفى». قررتْ ترك العلاقة، وسرعان ما وجدتْ شريكًا جديدًا، وانتقلت إلى أوستن لتكون معه. كان اكتئابها يتكرر بانتظام، مرة واحدة على الأقل في السنة.

في سبتمبر 1998، كتبت لورا لتخبرني عن موجة قصيرة من «ذلك القلق الرهيب». وبحلول منتصف أكتوبر، كانت قد بدأت في الانحدار، وكانت تعلم ذلك. «لم أصل إلى حالة اكتئاب كاملة بعد، ولكني أبطئ قليلًا؛ أعني أنه بات يجب عليَّ التركيز على كل شيء أقوم به أكثر فأكثر. أنا لست مكتئبة تمامًا في هذه المرحلة، لكنني دخلت في حالة ركود. بدأت بتناول ويلبوترين. أكره هذا الشعور بالبعد عن كل شيء». وبعد فترة وجيزة، بدأت تقضي أيامًا في السرير. كانت الأدوية غير فعالة مرة أخرى. عزلت نفسها عن الغرباء وركزت على كلابها. «عندما تتضاءل شهواتي المعتادة بسبب الاكتئاب -احتياجاتي للضحك والجنس والطعام- فإن الكلاب توفر لي لحظاتي الرائعة الوحيدة حقًا».

في أوائل نوفمبر، قالت: «أصبحت القيادة والمهام اليومية مثل الذهاب إلى ماكينة الصراف الآلي أو التسوق تبدو وكأنها مجهودات هائلة» وفي محاولة لإلهاء نفسها، استأجرت فيلم «**ساحر أوز**»، لكنها قالت إن الأجزاء الحزينة في الفيلم جعلتها تبكي. وقد اختفت شهيتها، إذ تقول: «حاولت تناول بعض التونة اليوم، لكنها جعلتني أتقيأ، ولم أتناول سوى كمية قليلة من الأرز». وأضافت أن حتى زيارات الطبيب كان لها تأثير سلبي على حالتها المزاجية، قائلة: «من الصعب أن أكون منفتحة تمامًا معه بشأن ما أشعر به لأنني لا أريد أن أخذله».

واصلنا مراسلاتنا اليومية، وعندما استفسرت عما إذا كانت لورا تجد صعوبة في الاستمرار في الكتابة، قالت موضحة: «إن الاهتمام بالآخرين هو أسهل طريقة لتلقي الاهتمام منهم. كما أنها أبسط طريقة للحفاظ على منظورك لنفسك. لدي حاجة إلى مشاركة هواجسي الذاتية. أنا مدركة لذلك في حياتي الآن لدرجة أنني أشعر بالفزع في كل مرة أضغط فيها على مفتاح

«أنا». لقد كان اليوم بأكمله حتى الآن مملًا. ويتمثل في التمرين علي إجبار نفسي على إنجاز أصغر المهام ومحاولة تقييم مدى خطورة وضعي: هل أنا مكتئبة حقًا؟ أم هل أنا كسولة فقط؟ هل هذا القلق ناتج عن تناول الكثير من القهوة أم تناول الكثير من مضادات الاكتئاب؟ عملية التقييم الذاتي نفسها جعلتني أبدأ في البكاء. ما يحبط الجميع هو أنهم لا يستطيعون اتخاذ أي إجراء للمساعدة بخلاف أن يكونوا موجودين. أنا أعتمد على البريد الإلكتروني للحفاظ على سلامة عقلي!».

وفي وقت لاحق من ذلك الأسبوع أرسلت تقول: «إنها الساعة العاشرة صباحًا وأنا مهمومة بالفعل وكأن على صدري ثقلًا بلا سبب. أحاول وأحاول. أستمر بالتجول وأنا على وشك البكاء وأنا أردد: «لا بأس». «لا بأس»، وآخذ أنفاسًا عميقة. هدفي هو البقاء بأمان بين تحليل الذات وتدمير الذات. أشعر وكأنني أستنزف الناس الآن، بمن فيهم أنت. لا يسعني أن أطلب الكثير دون أن أرد أي شيء. أعتقد أنه إذا ارتديت شيئًا يعجبني وعقدت شعري إلى الخلف وأخذت الكلاب معي، فسوف أشعر بالثقة الكافية للذهاب إلى المتجر وشراء بعض عصير البرتقال».

وكتبت قبل عيد الشكر مباشرة: «لقد نظرت إلى الصور القديمة اليوم، ويبدو أنها لقطات من حياة شخص آخر. يا لها من سلسلة من المقايضات تفرضها الأدوية». ولكن سرعان ما كانت على الأقل تتحسن. وكتبت في نهاية الشهر: «لقد حظيت اليوم ببضع لحظات جيدة. أتمنى المزيد منها، مِن أيًّا كان مَن يجود بها علي. لقد تمكَّنت من السير وسط حشد من الناس ولم أشعر بالخجل من نفسي». وفي اليوم التالي تعرضتْ لانتكاسة صغيرة. «كنت أشعر بتحسن وتمنيت أن تكون هذه بداية لشيء رائع، لكن اليوم لدي الكثير من القلق. ولكن لا يزال لدي بعض الأمل، وهو ما يساعد». وفي اليوم التالي، كانت الأمور أسوأ. «حالتي المزاجية لا تزال قاتمة. رعب في الصباح وعجز مدقع في وقت متأخر من بعد الظهر». ثم وصفت الذهاب إلى الحديقة مع صديقها. «لقد اشترى كتيبًا يصف جميع النباتات. وعند وصف إحدى الأشجار، كُتب: «جميع أجزائها سامة مميتة». فكرت في أنه ربما يمكنني العثور على الشجرة، ومضغ ورقة أو اثنتين منها، والانحناء تحت حافة صخرية وأنهي أمري. أفتقد لورا التي كانت تحب أن ترتدي ملابس السباحة وتستلقي في الشمس وتنظر إلى السماء الزرقاء! لقد انتزعتها ساحرة شريرة مني واستبدلت بها فتاة فظيعة! يسلب الاكتئاب كل ما أحبه حقًّا في نفسي (الذي لم يكن كثيرًا في المقام الأول). إن الشعور باليأس والألم هو مجرد طريقة أبطأ للموت. أحاول تجاوز كتل الرعب الكبيرة هذه في هذه الأثناء».

ولكن بعد أسبوع كانت حالتها تتحسن بشكل واضح. ثم فجأة، في أحد المتاجر، فقدت أعصابها عندما بدأ محاسب المشتريات في حساب مشتريات شخص آخر قبل مشترياتها. وبغضب غير معهود منها على الإطلاق، صرخت قائلة: «تبًّا لذلك! هل هذا متجر أم كشك لبيع النقانق؟» وخرجت دون المشتريات. ووصفت تقدمها بأنه «تسلق متعرج» وأعربت عن سأمها من مناقشة الأمر والتفكير فيه. وعندما عبَّر صديقها عن حبه لها، بدأت بالبكاء. وفي اليوم

التالي، شعرت بتحسن، وتناولت الطعام مرتين، واشترت زوجين من الجوارب، واستمتعت ببعض الوقت على الأراجيح في الحديقة. وذكرت كيف أن التأرجح يوفر شعورًا متناقضًا بالخفة والإثارة، مثل الإحساس بصعود التل في السيارة. لقد شعرت بأنها تشبه نفسها أكثر وشعرت بأنها خفيفة وذكية ومشرقة. لم تكن تريد أن تأمل كثيرًا، لكن هذا الانفصال عن المخاوف المجردة والحزن الذي لا يمكن تفسيره كان يبدو غنيًّا وحقيقيًّا، ولم تشعر برغبة في البكاء ولو لمرة واحدة. اعترفت لورا بأن المشاعر الأخرى قد تعود، لكنها اعتبرتها بمنزلة تذكير لها بالبقاء متفائلة وصابرة، وهي علامة على أيام أفضل قادمة. وفي ديسمبر، عانت استجابة سلبية تجاه مادة الليثيوم، مما أدى إلى جفاف بشرتها بشدة. خفضت جرعتها وتناولت عقار نيورونتين، الذي بدا أنه فعال.

وفي أكتوبر التالي، التقينا أخيرًا. كانت تقيم مع والدتها في واترفورد بولاية فيرجينيا، وهي بلدة قديمة جميلة خارج واشنطن، المكان الذي نشأت فيه. لقد أصبحت مغرمًا بها بحلول ذلك الوقت لدرجة أنني لم أصدق أننا لم نلتقِ قط. استقلَّت القطار وجاءت لمقابلتي في المحطة، مصطحبة معها صديقها والت، الذي كنت أقابله أيضًا للمرة الأولى. كانت رشيقة، شقراء، وجميلة. لكن الوقت الذي أمضته مع عائلتها كان يثير الكثير من الذكريات ولم تكن في حالة جيدة. لقد كانت متوترة وقلقة للغاية لدرجة أنها كانت تواجه صعوبة في التحدث. وبصوت أجش اعتذرت عن حالتها. وكان من الواضح أنها تتحرك بصعوبة. سألتها عما إذا كنت أزيد من الضغط عليها، فأكدت لي أنني لست كذلك. خرجنا لتناول الغداء، وطلبتْ بلح البحر. لكن بدا أنها غير قادرة على أكله؛ إذ كانت يداها ترتجفان بشدة، وعندما حاولت فتح بعض القشور، تناثرت عليها الصلصة. ولم تكن قادرة على التحدث وهي تقشِّر بلح البحر في الوقت نفسه، لذا تحدثنا أنا ووالت. وصف الانحدار التدريجي للورا خلالِ الأسبوع، وأصدرت هي أصواتًا قليلة تُصدِّق على ما يقوله. ثم تخلت عن بلح البحر وأعطت اهتمامها الكامل لكأس من النبيذ الأبيض. لقد صُدِمتُ حقًّا. لقد حذرتني من أن الأمور كانت صعبة، لكنني لم أكن مستعدًّا لهالة العبث التي تحيط بها.

أوصلنا والت ثم قدت سيارة لورا لأنها كانت مهتزة للغاية لدرجة أنها لم تتمكن من القيادة. عندما عدنا إلى المنزل، أبدت والدتها قلقها. دار بيني وبين لورا حوار تأرجح بين التماسك والارتباك؛ بدت وكأنها تتحدث من مكان بعيد. وبعد ذلك بينما كنا ننظر إلى بعض الصور، عَلِقَت فجأة في لحظة معينة. لم يكن الأمر مثل أي شيء رأيته أو تخيلته من قبل. كانت تخبرني بمن هو الموجود في الصور وبدأت في تكرار كلامها. قالت: «هذه جيرالدين»، ثم جفلت وبدأت مرة أخرى في الإشارة إلى الصورة وقالت: «هذه جيرالدين»، ثم مرة أخرى «هذه جيرالدين»، وفي كل مرة كانت تستغرق وقتًا أطول في نطق الكلمات. تجمَّد وجهها وبدا أنها تواجه صعوبة في تحريك شفتيها. ناديت والدتها وشقيقها مايكل. وضع مايكل يديه على كتفي لورا وطمأنها قائلًا: «لا بأس يا لورا. لا بأس». تمكنا في النهاية من نقلها إلى الطابق

العلوي؛ كانت لا تزال تُكرر قولها: «هذه جيرالدين». غيرت لها أمها ملابسها الملطخة بصلصة بلح البحر ووضعتها في السرير وجلست بجانبها. لم يكن اللقاء كما توقعته.

وكما تبين، كان لبعض أدويتها تفاعل سيئ أدى إلى حدوث هذه النوبة؛ لقد كانت بالفعل سببًا للتصلب الغريب في فترة ما بعد الظهر، وفقدان القدرة على النطق، وفرط القلق. وبحلول نهاية اليوم، كانت قد تجاوزت أسوأ ما في الأمر، لكنها وصفت نفسها بأنها تشعر وكأنها مجرد قشرة للشخص الذي أحبَّته ذات يوم، مع استنزاف كل الحيوية من روحها. وكتب لها الطبيب بعد ذلك خطة علاجية جديدة. ولم تبدأ تشعر بنفسها مرة أخرى حتى الكريسماس؛ ثم في مارس 2000، بينما كانت الأمور تتحسن، أُصيبت بنوبات مرة أخرى. وكتبت لي: «أنا خائفة للغاية. وأشعر بالإذلال التام. إنه أمر مثير للشفقة للغاية عندما تكون أفضل الأخبار التي يمكنك مشاركتها هي أنك لا تتشنج». وبعد ستة أشهر، تكررت النوبات. قالت لي: «لا أستطيع مواصلة حياتي. أنا خائفة جدًّا من النوبات. اليوم غادرت المنزل للذهاب إلى العمل وتقيأت على نفسي في أثناء القيادة. اضطررت إلى العودة إلى المنزل وتغيير ملابسي حتى أتمكن من الذهاب إلى المكتب، ولذلك تأخرت، وأخبرتهم أنني كنت أعاني نوبات صرع لكنهم أعطوني إشعارًا تأديبيًّا. يريدني طبيبي أن أتناول الفاليوم، لكن هذا يجعلني أفقد الوعي. هذه هي حياتي الآن. هذه ستكون حياتي دائمًا، تلك الانحدارات الرهيبة إلى الجحيم، والذكريات الفظيعة. هل أستطيع أن أتحمل العيش بهذه الطريقة؟».

هل أستطيع أن أتحمل العيش بهذه الطريقة؟ هل يستطيع أي منا أن يتحمل التعايش مع الصعوبات التي يواجهها؟ في النهاية، معظمنا يفعل ذلك. فنحن نسير دومًا إلى الأمام. تعود أصوات الزمن الماضي كأصوات الموتى لتتعاطف مع تقلباتنا ومرور السنين. عندما أشعر بالحزن، أتذكر الكثير بشكلٍ واضح تمامًا: تلك اللحظات مع والدتي بينما كنا نجلس في المطبخ نتحدث منذ أن كنت في الخامسة من عمري حتى وفاتها عندما كنت في السابعة والعشرين من عمري؛ والإزهار السنوي لصبار جدتي في عيد الميلاد حتى وفاتها عندما كنت في الخامسة والعشرين من عمري؛ والوقت الذي قضيته في باريس في منتصف الثمانينيات مع صديقة والدتي ساندي، التي أرادت أن تعطي قبعتها الشمسية الخضراء لجان دارك؛ وعمي الأكبر دون والعمة بيتي وتناولنا الشوكولاتة؛ وأبناء عم والدي هيلين وآلان، وعمتي دوروثي، وجميع الآخرين الذين رحلوا. أسمع أصوات الموتى طوال الوقت. في الليل يأتي هؤلاء الأشخاص وشخصياتي الماضية لزيارتي، وعندما أستيقظ وأدرك أنهم ليسوا في عالمي نفسه، أشعر بيأس غريب، شيء يتجاوز الحزن العادي، يشبه لفترة وجيزة معاناة الاكتئاب. ومع ذلك، إذا كنت أشتاق إليهم وإلى الماضي الذي شاركوه معي، فإن طريقة الوصول إلى حبهم الغائب، كما أفهمها، هي من خلال الاستمرار في العيش، من خلال الإصرار. هل أشعر بالاكتئاب عندما أفكر أنني أُفضِّل أن أذهب حيث ذهبوا، لإنهاء الصراع الجنوني للبقاء على قيد الحياة؟ أم أن ذلك مجرد وجه من وجوه الحياة، أن نستمر في العيش بكل الطرق التي نجدها صعبة؟

أجد حقيقة الماضي، حقيقة مرور الوقت، صعبة للغاية. منزلي مليء بالكتب التي لا أستطيع قراءتها، والتسجيلات التي لا أستطيع الاستماع إليها، والصور التي لا أستطيع النظر إليها لأنها مرتبطة بشدة بالماضي. عندما أرى أصدقاء من الكلية، أحاول ألا أتحدث عن الكلية كثيرًا لأنني كنت سعيدًا جدًّا حينها؛ ليس بالضرورة أكثر سعادة مما أنا عليه الآن، ولكن سعادة كانت خاصة ومحددة في طابعها ولن تعود أبدًا مرة أخرى. تلك الأيام من روعة الشباب تثقل كاهلي. كثيرًا ما أصطدم بذكريات أفراح الماضي، وبالنسبة لي، فإن إعادة النظر في أفراح الماضي أصعب بكثير من التعامل مع آلام الماضي. عند التفكير في الوقت العصيب الذي مضى؛ نعم أعلم أن الضغط اللاحق للصدمات النفسية هو بمنزلة ألم حاد، لكن بالنسبة لي فإن صدمات الماضي بعيدة جدًّا. بينما التعامل مع ذكريات الأوقات الطيبة التي شاركتها مع الأشخاص الذين لم يعودوا على قيد الحياة أو الذين تغيروا بشكل جذري هو المكان الذي أواجه فيه الألم الأكثر شدة في الوقت الحالي. يمكن أن يكون الاكتئاب بسهولة نتيجة للكثير مما كان مفرحًا، كما يمكن أن يكون نتيجة للكثير مما كان فظيعًا. هناك شيء اسمه ضغوط ما بعد الفرح أيضًا. إن أسوأ حالات الاكتئاب تكمن في اللحظة الحالية حيث لا تستطيع الهروب من الماضي الذي تمجِّده أو تشجبه.

الفصل الثالث

العلاجات

هناك طريقتان رئيسيتان لعلاج الاكتئاب: العلاج بالكلام، الذي يعتمد على التواصل اللفظي، والتدخل الجسدي، الذي يشمل كلًّا من الرعاية الدوائية والعلاج بالصدمات الكهربائية أو العلاج بالتخليج الكهربائي (ECT). إن التوفيق بين الفهم النفسي-الاجتماعي والفهم النفسي-الدوائي للاكتئاب أمرٌ صعب ولكنه ضروري. ومن الخطير للغاية أن يرى الكثير من الناس الأمر من منظور واحد فقط. لا ينبغي للأدوية والعلاج النفسي أن يتنافسا على مرضى الاكتئاب؛ بل يجب أن يكونا علاجات مُكملة لبعضها يمكن استخدامهما معًا أو بشكل منفصل اعتمادًا على حالة المريض. لا يزال النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للعلاج الشامل بعيد المنال. وعواقب هذا كبيرة للغاية. عادة ما يخبرك الأطباء النفسيون أولًا عن سبب اكتئابك (انخفاض مستويات السيروتونين أو الصدمات المبكرة هي الأسباب الأكثر شيوعًا)، وثانيًا، كما لو كان هناك رابط منطقي، يخبرونك بالعلاج؛ ولكن هذا تبسيطٌ مُخل. وكما تشير إلين فرانك من جامعة بيتسبرج: «لا أعتقد أنه لو كانت أسباب مشكلاتك نفسية اجتماعية، فإنها تحتاج إلى علاج نفسي اجتماعي؛ أو إذا كانت بيولوجية، فإنها تتطلب علاجًا بيولوجيًّا». ومن اللافت للنظر أن المرضى الذين يتعافون من الاكتئاب عن طريق العلاج النفسي يظهِرون التغيرات البيولوجية نفسها -على سبيل المثال، في مخطط كهربية الدماغ في أثناء النوم (EEC)- مثل أولئك الذين يتلقون الدواء.

في حين يرى الأطباء النفسيون التقليديون أن الاكتئاب جزءٌ لا يتجزأ من الشخص الذي يعانيه ويحاولون إحداث تغير في بنية شخصية ذلك الشخص، فإن علم الأدوية النفسية

في أنقى صوره يرى المرض باعتباره خللًا محددًا خارجيًّا يمكن تصحيحه دون النظر إلى شخصية الفرد بشكل عام. كتبت عالمة الأنثروبولوجيا تي إم لورمان مؤخرًا عن المخاطر التي يفرضها هذا الانقسام في الطب النفسي الحديث: «من المفترض أن يفهم الأطباء النفسيون هذه الأساليب باعتبارها أدوات مختلفة في صندوق أدوات مشترك. ومع ذلك فهي تُدرَّس كأدوات مختلفة، بناءً على نماذج مختلفة، وتستخدَم لأغراض مختلفة».[1] يقول ويليام نورماند، المحلل النفسي الممارس الذي يستخدم الأدوية عندما يشعر أنها مفيدة، «لقد تحول الطب النفسي من كونه بلا دماغ إلى كونه بلا عقل»، فالممارسون الذين أهملوا الدماغ الفسيولوجي لصالح العاطفة يهملون الآن العقل البشري العاطفي لصالح كيمياء الدماغ. إن الصراع بين العلاج النفسي والأدوية هو في النهاية صراع على أسس أخلاقية؛ فنحن نميل بشكل قاطع إلى الافتراض أنه إذا كانت المشكلة تستجيب للعلاج النفسي، فهي مشكلة يجب أن تكون قادرًا على التغلب عليها برباطة الجأش والعزم، في حين أن المشكلة التي تستجيب للمواد الكيميائية ليست خطأك ولا تتطلب أي عزم منك. من الصحيح أن القليل جدًّا من الاكتئاب هو خطأ من يعانيه، وكذلك أن كل حالات الاكتئاب تقريبًا يمكن تخفيفها بالإصرار والعزيمة. مضادات الاكتئاب تساعد أولئك الذين يساعدون أنفسهم. إذا ضغطت على نفسك بأكثر من اللازم، فسوف تجعل نفسك أسوأ، لكن يجب أن تضغط بقوة كافية إذا كنت تريد حقًّا الخروج من ذلك المأزق. الدواء والعلاج النفسي هما أدوات يجب استخدامها عند الضرورة دون إفراط ولا تفريط. يصف ملفين ماكجينيس، الطبيب النفسي في مستشفى جونز هوبكنز، «الإرادة والعاطفة والإدراك» بأنهم يعملون معًا في دورات مترابطة، على غرار الإيقاعات الحيوية. تؤثر العاطفة على الإرادة والإدراك ولكنها لا تتغلب عليهما.

تنبع العلاجات المعتمدة على الكلام من التحليل النفسي، الذي بدوره ينبع من الطقس المتمثل في اعتراف المرء بأعمق أفكاره، وهو الطقس الذي اكتسب الطابع الرسمي لأول مرة في كرسي الاعتراف في الكنيسة. التحليل النفسي هو شكل من أشكال العلاج الذي تُستَخدم فيه أساليب محددة للكشف عن الصدمة المبكرة التي تسببت في العُصاب. وعادةً ما يتطلب ذلك قدرًا كبيرًا من الوقت -أربع إلى خمس ساعات أسبوعيًّا هو المعتاد- وفيه يُسلَّط الضوء على محتوى العقل اللاواعي. لقد أصبح من المألوف انتقاد فرويد والنظريات النفسية التي جاءت إلينا منه، ولكن في الواقع فإن النموذج الفرويدي، على الرغم من عيوبه، يعد نموذجًا ممتازًا. فهو، على حد تعبير لورمان «يجسد إحساسًا بالتعقيد والعمق الإنساني، ويحث الأفراد على مواجهة إنكارهم الداخلي مع احترام تحديات الوجود الإنساني».[2] وبينما يتجادل الناس مع بعضهم بعضًا حول تفاصيل عمل فرويد ويلومونه على التحيزات في عصره، فإنهم يتجاهلون الحقيقة الأساسية لكتاباته وهي أننا في كثير من الأحيان لا نعرف دوافعنا في الحياة ونكون أسرى لما لا نستطيع فهمه. لا يمكننا التعرف إلا على جزء صغير من دوافعنا، وجزء أصغر من

دوافع أي شخص آخر. إن أخذ هذه الرؤية الأساسية من فرويد، التي يمكن تسميتها «اللاوعي» أو «إلغاء تنظيم دوائر معينة في الدماغ»، يوفر أساسًا لدراسة الأمراض النفسية.

التحليل النفسي جيد في تفسير الأشياء، لكنه ليس وسيلة فعَّالة لتغييرها. ويبدو أن القوة الهائلة التي تتمتع بها عملية التحليل النفسي قد أُسيء استخدامها إذا كان هدف المريض هو إحداث تحول فوري في مزاجه العام؛ فعندما أسمع عن استخدام التحليل النفسي لتخفيف الاكتئاب، أفكر في شخص يقف على شاطئ بحر ويطلق النار من مدفع رشاش على الموجة القادمة. ومع ذلك، فإن العلاجات الديناميكية النفسية التي نشأت عن التحليل النفسي لها دور حاسم. فنادرًا ما يمكن إصلاح الحياة دون فحصٍ دقيق وتمحيص، والدرس المستفاد من التحليل النفسي هو أن مثل هذا الفحص غالبًا ما يكون كاشفًا. إن مدارس العلاج بالكلام الأكثر رواجًا هي تلك التي يتحدث فيها المريض مع المعالج عن مشاعره وتجاربه الحالية. لقد كان الحديث عن الاكتئاب يعتبر -لسنوات عديدة- أفضل علاج له. ولا يزال علاجًا قائمًا. كتبت فيرجينيا وولف في كتابها «**السنوات**»: «دوِّن الملاحظات، وسيختفي الألم».[3] هذه هي العملية الأساسية لمعظم العلاج النفسي. يتمثل دور المعالج في الاستماع من كثب والانتباه بينما يتحدث المريض عن دوافعه الحقيقية، حتى يتمكن من فهم سبب تصرفه بهذه الطريقة. تعتمد معظم العلاجات النفسية على فكرة أن تسمية المشكلة هي وسيلة فعالة للسيطرة عليها وأن تحديد مصدر المشكلة يعد خطوة قيِّمة نحو حلها. ومع ذلك، فإن مثل هذه العلاجات لا تتوقف عند المعرفة؛ فهي تُعلِّم المرضى استراتيجيات لتسخير تلك المعرفة من أجل التحسُّن. قد يقدِّم المعالج أيضًا ردودًا من شأنها أن تتيح للمريض رؤية كافية لتعديل سلوكه وبالتالي تحسين حياته. غالبًا ما يحدث الاكتئاب بسبب العزلة. ويمكن للمعالج الجيد أن يساعد الشخص المُصاب بالاكتئاب على التواصل مع الأشخاص المحيطين به وإنشاء هياكل الدعم التي تخفف من شدة الاكتئاب.

هناك شجعان لا معنى لهذا التبصُّر العاطفي بالنسبة إليهم. يُشكك دونالد كلاين، عالم الأدوية النفسية البارز من جامعة كولومبيا، في أهمية فهم الدوافع والجذور، مؤكدًا أنه لم يتمكن أحد من التفوق على فرويد في هذا المجال، إذ يقول: «من يهتم بالدوافع والجذور؟ لم يتغلب أحد على فرويد لأن لا أحد لديه أي نظرية أفضل قليلًا لكل هذا الصراع الداخلي. النقطة المهمة هي أنه يمكننا الآن علاجه؛ إن التفلسف حول مصدر هذه المشكلة لم يكن حتى الآن ذا أدنى فائدة علاجية».

صحيح أن الدواء حرَّرنا، لكن يجب علينا جميعًا أن نهتم بجذور المرض. يقول ستيفن هايمان، مدير المعهد الوطني للصحة النفسية: «بالنسبة إلى أمراض القلب التاجية، فإننا لا نكتب فقط وصفة طبية للأدوية؛ بل نطلب من الناس الحدَّ من نسبة الكوليسترول لديهم ونقدم لهم نظامًا للتمارين الرياضية واستشارات غذائية وربما أساليب للتعامل مع الضغط النفسي. الأمر نفسه ينطبق على الأمراض النفسية. إن الجدل الدائر حول العلاج بالأدوية

مقابل العلاج النفسي أمر مثير للسخرية. كلاهما مهمان. رأيي هو أن الاثنين يجب أن يعملا معًا لأن الدواء سيجعل الناس أكثر استعدادًا للعلاج النفسي، وسيساعد في بدء دورة إيجابية». أجرت إلين فرانك عددًا من الدراسات التي أظهرت أن العلاج النفسي ليس بفاعلية الأدوية نفسها في إخراج الأشخاص من الاكتئاب، لكن له تأثيرًا وقائيًّا ضد تكرار المرض. على الرغم من أن البيانات في هذا المجال معقدة، فإنها تشير إلى أن الجمع بين الأدوية والعلاج النفسي يعمل بشكل أفضل من استخدام أيٍّ منهما بمفرده. وتقول: «إنها استراتيجية فعالة لمنع نوبة الاكتئاب التالية. لكن يبدو أن هناك افتقارًا لمثل هذه الرؤية التكاملية في الرعاية الصحية النفسية، وهذا أمر مخيف». وقد وجد مارتن كيلر، من قسم علم النفس بجامعة براون، الذي يعمل مع فريق من مختلف الجامعات، في دراسة حديثة عن مرضى الاكتئاب أن أقل من نصفهم شهدوا تحسنًا ملحوظًا باستخدام الدواء فقط؛ وأن أقل من نصفهم شهدوا تحسنًا ملحوظًا عند الخضوع للتحليل السلوكي المعرفي؛ وأن أكثر من 80% شهدوا تحسنًا ملحوظًا بعد العلاج بكليهما. إن قضية الجمع بين النهجين لا تقبل الجدل. يقول روبرت كليتسمان، من جامعة كولومبيا، غاضبًا: «لا ينبغي لعقار بروزاك أن يحل محل التبصُّر بل أن يُسهله». ويقول لورمان: «يشعر الأطباء أنهم دُرِّبوا على رؤية وفهم البؤس، ولكن غالبًا ما يقتصرون على وصف الدواء ثم يولُّون ظهورهم».[4]

إذا كانت هناك تجارب ملموسة قد أدت إلى انزلاقك إلى الاكتئاب، يكون لديك رغبة في فهم تلك التجارب حتى عندما يتوقف الاكتئاب. إن استخدام الحبوب الكيميائية لقمع التجارب ليس مرادفًا للعلاج. تتطلب كلٌّ من المشكلة وحقيقة المشكلة عادةً اهتمامًا عاجلًا. قد يُعالَج عدد أكبر من الأشخاص في عصرنا المؤيد للأدوية؛ وقد ترتفع الصحة العامة بشكل عام. لكن من الخطير جدًّا تأجيل العلاج بالكلام. يسمح العلاج النفسي للشخص بفهم الذات الجديدة التي وصل إليها بعد تناول الدواء، وتقبُّل فقدان الذات الذي حدث في أثناء الانهيار. بعد المرور بنوبة حادة، يتعين عليك أن تولد من جديد، وتحتاج إلى تعلم السلوكيات التي قد تحمي من الانتكاس. عليك أن تدير حياتك بطريقة مختلفة عمَّا كنت تديرها من قبل. يقول نورمان روزنتال من المعهد الوطني للصحة والسلامة: «من الصعب جدًّا تنظيم حياتك، ونومك، ونظامك الغذائي، وممارسة الرياضة في الظروف العادية؛ فكِّر إذن في مدى صعوبة الأمر عندما تكون مكتئبًا! أنت بحاجة إلى معالج ليرشدك ويساعدك. الاكتئاب مرض، وليس خيارًا للحياة، ويجب أن تحصل على المساعدة في أثنائه». قال لي معالجي النفسي ذات مرة: «الأدوية تعالج الاكتئاب، وأنا أعالج المكتئبين». إن فهم ما يُهدئ الأعراض أو يزيدها سوءًا أمرٌ بالغ الأهمية. من منظور كيميائي، لا يوجد فارق تقريبًا بين الاكتئاب الناجم عن فقدان أحد أفراد الأسرة والاكتئاب الناجم عن نهاية علاقة غرامية استمرت أسبوعين. في حين أن الاستجابات المتطرفة قد تبدو أكثر عقلانية في الحالة الأولى، فإن التجربة السريرية تظل متطابقة تقريبًا. وكما قالت سيلفيا

سيمبسون، الطبيبة في جامعة جونز هوبكنز: «إذا كان الأمر يبدو مثل الاكتئاب، فتعامل معه مثل الاكتئاب».

عندما بدأت أتجه نحو الانهيار الثاني، كنت قد أنهيت تحليلي النفسي وكنت دون معالج. أخبرني الجميع بحزم أنني يجب أن أجد معالجًا جديدًا. إن العثور على معالج جديد عندما تكون في حالة مزاجية جيدة وتستطيع التواصل هو أمر مرهق وصعب، ولكن القيام بذلك عندما تكون في خضم اكتئاب شديد هو أمر لا يطاق. من الضروري البحث عن معالج جيد يناسب احتياجاتك. لقد جربت أحد عشر معالجًا في غضون ستة أسابيع. ومع كل واحد من الأحد عشر، كنت أروي مشكلاتي لدرجة أنني شعرت وكأنني ألقي مونولوجًا من مسرحية شخص آخر. بدا بعض المعالجين حكماء. وكان بعضهم غريبًا. غطت إحدى النساء جميع أثاثها بغطاء لحمايته من كلابها؛ وقدَّمت لي ما يشبه سمكة منتهية الصلاحية من حاوية بلاستيكية. وفي النهاية غادرت عندما تبول أحد كلابها على حذائي. وأعطاني أحد الرجال عنوانًا خاطئًا لمكتبه («أوه، كان لدي مكتب هناك!»)، وأخبرني أحدهم أنني لا أواجه أي مشكلات حقيقية ويجب أن أبتهج. وقابلت امرأة أخبرتني أنها لا تؤمن بالعاطفة، ورجلًا يبدو أنه لا يؤمن بأي شيء آخر. وكان هناك معالجون معرفيون، وفرويديون، ويونجيون، ومزيج بين هذا وذاك. ظل أحد الرجال يقاطعني ليخبرني أنني مثله تمامًا. بدا الكثيرون غير قادرين تمامًا على فهم وضعي عندما حاولت أن أشرح من أنا. كنت أفترض منذ فترة طويلة أن أصدقائي المتأقلمين جيدًا لا بد أنهم يذهبون إلى معالجين جيدين. لكن ما اكتشفته هو أن العديد من الأشخاص المتأقلمين جيدًا الذين لديهم علاقات مباشرة مع أزواجهم أو زوجاتهم يقيمون علاقات مجنونة مع أطباء غريبي الأطوار من أجل التوازن، كما يمكن للمرء أن يفترض. يقول ستيفن هايمان: «نحن نحاول إجراء دراسات حول فاعلية الأدوية مقابل العلاج النفسي. لكن هل أجرينا دراسات طويلة الأمد على المعالجين الأكفاء مقابل المعالجين غير الأكفاء؟ نحن حقًّا تائهون في هذا المجال».

لقد اتخذت في النهاية خيارًا كنت سعيدًا جدًّا به منذ ذلك الحين؛ فقد اخترت شخصًا بدا عقله متقدًا ورأيت فيه ومضات من الإنسانية الحقيقية. اخترته لأنه بدا ذكيًّا ومخلصًا. ونظرًا لتجربتي السيئة مع المحللة التي أوقفت تحليلنا ومنعتني من تناول الأدوية عندما كنت في أمس الحاجة إليها، فقد كنت حذرًا في البداية، واستغرق الأمر مني ثلاث أو أربع سنوات حتى أثق به. لقد كان يقدم دعمًا مستمرًّا خلال الفترات المضطربة والمليئة بالأزمات؛ وكان مُسليًا خلال الأوقات الأفضل. تهمني كثيرًا روح الدعابة لدى أي شخص أقضي معه الكثير من الوقت. لقد عمل بشكل جيد مع الطبيب النفسي. لقد أقنعني في النهاية بأنه يعرف ما يفعله وأنه يريد المساعدة. كان الأمر يستحق تجربة عشرة أشخاص آخرين أولًا. لا تذهب إلى معالج لا تحبه. الأشخاص الذين لا تحبهم، بغض النظر عن مدى مهارتهم، لا يمكنهم مساعدتك. وإذا كنت تعتقد أنك أكثر ذكاءً من معالجك، فمن المرجح أنك على حق؛ إن الحصول على شهادة في

الطب النفسي أو علم النفس ليس ضمانًا للعبقرية. توخي أقصى درجات الحذر عند اختيار الطبيب النفسي. كم من الصادم أن ترى عدد الأشخاص الذين هم على استعداد للسير لمسافة إضافية طويلة لزيارة المغسلة المفضلة لديهم أو تقديم شكوى إلى مدير السوبر ماركت عندما تنفد منتجاتهم المفضلة من الطماطم المعلبة، بينما يبدو أنهم يختارون طبيبهم النفسي بلا مبالاة. تذكَّر أنك على الأقل تضع عقلك بين يدي هذا الشخص. وتذكَّر أيضًا أنه سيتعين عليك إخبار الطبيب النفسي بما لا يمكنك إظهاره في المعتاد. تقول لي لورا أندرسون: «من الصعب جدًّا أن تثق بشخص ما عندما تكون المشكلة غامضة جدًّا لدرجة أنك لا تستطيع معرفة ما إذا كان قد فهمك أم لا؛ ومن الصعب عليه أن يثق بك أيضًا». حتى عندما أشعر ببؤس عميق، أُصبح هادئًا بشكل لا يصدق أمام أطبائي النفسيين. أجلس مستقيمًا ولا أذرف ولو دمعة واحدة. أقدم نفسي بسخرية وأحيانًا أتدخل بروح الدعابة السوداء، وأبذل جهدًا خاصًّا لجذب أولئك الذين يعاملونني. في بعض الأحيان أتساءل عما إذا كان أطبائي النفسيون يصدقونني عندما أخبرهم بما شعرت به، لأنني أستطيع سماع عدم التأثر وعدم الراحة في صوتي. أتصور أنهم يشعرون بمشاعر سلبية تجاه هذا الجلد الاجتماعي السميك الذي تواجه مشاعري الحقيقية صعوبة في اختراقه. غالبًا ما أتمنى أن أتمكن من التعبير بشكل كامل في عيادة الطبيب النفسي. لم أتمكن قط من النظر إلى العيادة على أنها مساحة خاصة. أجد صعوبة في التواصل مع المعالجين بالطريقة نفسها التي أتواصل بها مع أخي. أفترض أنها غير آمنة للغاية. وفي مناسبات نادرة، يتمكن بصيص ثمين من مشاعري الحقيقية من الظهور دون الحاجة إلى تفسيرات مفصلة.

إحدى طرق الحكم على الطبيب النفسي هي ملاحظة مدى حُسن حكمه عليك. ويكمن فن الفحص الأولي في طرح الأسئلة الصحيحة. لم أنخرط في مقابلات شخصية سرية مع الأطباء النفسيين، لكنني كنت حاضرًا وشاهدًا لحالات تدخل المستشفى، وقد اندهشت من مدى تنوع الأساليب المتبعة في التعامل مع مرضى الاكتئاب. كان معظم الأطباء النفسيين الجيدين الذين رأيتهم يبدؤون بالسماح للمريض بأن يروي قصته ثم ينتقلون بسرعة إلى مقابلات منظمة للغاية يبحثون فيها عن معلومات معينة. تعدُّ القدرة على إجراء مثل هذه المقابلة بشكل جيد من بين أهم مهارات الطبيب. على سبيل المثال، تمكَّنت سيلفيا سيمبسون، وهي طبيبة في جامعة جونز هوبكنز، من تشخيص المرض ثنائي القطب خلال الدقائق العشر الأولى من مقابلة مع مريضة حاولت الانتحار مؤخرًا. والمثير للدهشة أن الطبيب النفسي السابق للمريضة، الذي خضعت للعلاج معه لمدة خمس سنوات، لم يحدد هذه الحقيقة الأساسية ووصف لها مضادات الاكتئاب دون مثبتات المزاج، وهو أمر معروف أنه غير مناسب لمرضى الاضطراب ثنائي القطب ويمكن أن يؤدي في كثير من الأحيان إلى حالات هياج مختلطة. عندما سألتُ سيمبسون عن هذا لاحقًا، قالت: «لقد استغرق الأمر سنوات من العمل المتواصل للتوصل إلى تلك الأسئلة في المقابلة». وفي وقت لاحق، شاركت في مقابلات مع أشخاص بلا مأوى أجراها هنري ماكورتيس، رئيس قسم الطب النفسي في مستشفى هارلم. لقد أمضى ما لا يقل عن

عشر دقائق من كل مقابلة مدتها عشرون دقيقة في أخذ التاريخ المفصل للسكن من مرضاه. وعندما سألته أخيرًا عن سبب متابعته لهذا الأمر بهذه الجدية، قال: «أولئك الذين عاشوا في مكان واحد لفترات طويلة من الزمن هم بلا مأوى مؤقتًا لأسباب ظرفية ولكنهم قادرون على عيش حياة منظمة بشكل جيد، ويحتاجون في المقام الأول إلى رعاية اجتماعية. أما أولئك الذين يتنقلون باستمرار، أو الذين ظلوا بلا مأوى بشكل متكرر، أو الذين لا يستطيعون تذكر المكان الذي عاشوا فيه، فعلى الأرجح لديهم مشكلة كامنة خطيرة ويتطلبون في المقام الأول رعاية نفسية». أنا محظوظ لأن لدي تأمينًا جيدًا يدفع لي ثمن القيام بزيارات أسبوعية إلى معالج وزيارات شهرية إلى طبيب نفسي. ومع ذلك، فإن معظم صناديق المرضى تعطي الأولوية للأدوية، التي تكون أقل تكلفة، لكن لا تحرص على العلاج النفسي بالكلام، الذي يستغرق الكثير من الوقت ويكلف الكثير.

الشكلان الأكثر فاعلية للعلاج بالكلام لعلاج الاكتئاب هما العلاج المعرفي السلوكي (CBT) والعلاج بين الأشخاص (IPT). العلاج المعرفي السلوكي هو شكل من أشكال العلاج النفسي الديناميكي -يعتمد على الاستجابات العاطفية والعقلية للأحداث الخارجية، في الوقت الحاضر وفي مرحلة الطفولة- الذي يركز بشدة على تحقيق أهداف محددة.[5] أسسه آرون بيك من جامعة بنسلفانيا وهو الآن قيد الاستخدام في جميع أنحاء الولايات المتحدة ومعظم أوروبا الغربية. يقترح بيك أن أفكار المرء عن نفسه تكون مدمرة في كثير من الأحيان، وأنه من خلال إجبار العقل على التفكير بطرق معينة يمكن للمرء أن يغير واقعه بالفعل؛ وهو نظام أطلق عليه أحد معاونيه اسم «التفاؤل المكتسب».[6] وهو يعتقد أن الاكتئاب نتيجة أنماط تفكير خاطئة ومنطق مغلوط، وأنه من خلال تصحيح هذا المنطق المغلوط يمكن للمرء أن يحقق صحة نفسية أفضل. يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على الموضوعية.

يبدأ المعالج بمساعدة المريض في تكوين قائمة من «بيانات تاريخ الحياة»، وهي تسلسل الصعوبات التي قادته إلى وضعه الحالي. ثم يُسجِّل المعالج استجابات المريض لهذه الصعوبات ويحاول تحديد واستخلاص الأنماط المُميِّزة للاستجابة المبالغ فيها. يتعلم المريض لماذا يجد بعض الأحداث محبطة للغاية ويحاول تحرير نفسه من الاستجابات غير المناسبة. تتْبع هذه المرحلة الأولية الأوسع من العلاج المعرفي السلوكي مرحلة أدق وأكثر تفصيلًا، حيث يكتسب المريض المهارات اللازمة لمواجهة «أفكاره التلقائية». إن المشاعر ليست استجابات مباشرة للعالم؛ فما يحدث في العالم يؤثر على إدراكنا، والإدراك بدوره يؤثر على المشاعر. إذا كان المريض يستطيع تغيير الإدراك، فيمكنه تغيير الحالات المزاجية المصاحبة. على سبيل المثال، قد تتعلم المريضة أن تنظر إلى انشغال زوجها باعتباره استجابة معقولة لمتطلبات مكان العمل وليس كنبذ لها. ثم قد تكون قادرة بعد ذلك على رؤية كيف تتحول أفكارها التلقائية (عن كونها حمقاء غير محبوبة) إلى مشاعر سلبية (توبيخ الذات) وتحديد كيف تؤدي

هذه المشاعر السلبية إلى الاكتئاب. بمجرد كسر الدورة، يمكن للمريض أن يبدأ في تحقيق بعض ضبط النفس. إذ تتعلم المريضة التمييز بين ما يحدث بالفعل وأفكارها حول ما يحدث.

يعمل العلاج المعرفي السلوكي وفقًا لقواعد محددة. يضع المعالج الكثير من الواجبات المنزلية من قبيل عمل قوائم بالتجارب الإيجابية والتجارب السلبية، وأحيانًا توضع على رسوم بيانية. يقدم المعالج جدول أعمال لكل جلسة، ويستمر بطريقة منظمة، وينتهي بملخص لما أُنجِز. تُستبَعَد الحقائق والنصائح على وجه التحديد من محادثة المعالج. ويجري تحديد اللحظات الممتعة في يوم المريض، ويعلمه المعالج فن تضمين المتعة العاطفية في حياته. وينبغي أن يكون المريض متنبهًا لإدراكه حتى يتمكن من إيقاف نفسه عندما يتجه نحو نمط سلبي ويحاول معالجته. يأخذ كل هذا النشاط شكل تمارين. إن العلاج المعرفي السلوكي يُعلِّم المرء فن الوعي الذاتي.

لم يسبق لي الخضوع للعلاج المعرفي السلوكي، ولكنني تعلمت بعض الدروس منه. إذا شعرت بالضحك في أثناء محادثة، يمكنك أحيانًا منع نفسك من الضحك عن طريق إجبار عقلك على التفكير في موضوع حزين. إذا كنت في موقف يُتَوَقَّع منك أن تشعر فيه بمشاعر جنسية لا تشعر بها في الواقع، فيمكنك دفع عقلك إلى عالم من الخيال بعيد كل البُعد عن الواقع الذي تعيشه، مما يسمح لأفعالك بالتوافق مع هذا الخيال العقلي بدلًا من الواقع. هذه هي الاستراتيجية الأساسية للعلاج المعرفي. إذا وجدت نفسك تفكر أنه لا يمكن لأحد أن يحبك أبدًا وأن الحياة لا معنى لها، فعليك أن تعيد ترتيب عقلك وتجبر نفسك على التفكير في بعض الذكريات، مهما كانت محدودة، لوقت أفضل. من الصعب أن تتصارع مع وعيك، لأنه ليس لديك أي أداة في هذه المعركة سوى وعيك نفسه. فقط فكر في الأفكار الجميلة والرائعة، وسوف تقضي على الألم. فكر فيما لا تشعر بالرغبة في التفكير فيه. قد يكون الأمر مزيفًا ومخادعًا للذات في بعض النواحي، لكنه ينجح. اطرد الأشخاص المرتبطين بخسارتك من عقلك؛ امنعهم من الدخول إلى وعيك. الأم المتخلية، والحبيبة القاسية، والمدير البغيض، والصديق الخائن؛ امنع كل هؤلاء من الولوج لوعيك. سيساعدك ذلك. لقد تعلمت أيضًا حماية ذهني من الأفكار والانشغالات الضارة التي يمكن أن تؤدي إلى اكتئابي. على سبيل المثال، عند التفكير في العشاق السابقين الذين كنت أهتم بهم ذات يوم، قد أشعر بإحساس عميق بالخسارة. في مثل هذه الحالات، أدرك الحاجة إلى التراجع عن هذه الأفكار وتجنب الخوض في سعادة الماضي التي لم تعد موجودة في الواقع. وبدلًا من ترك ذهني يهيم في منطقة مزعجة، وبخاصة عندما أكون مستلقيًا على السرير في انتظار النوم، أُفضِّل أن أتناول حبة منومة. مثل مريض الفصام الذي يُطلب منه عدم الاستماع إلى الأصوات، أدفع دائمًا هذه الصور بعيدًا.

التقيتُ ذات مرة إحدى الناجيات من الهولوكوست، وهي امرأة أمضت أكثر من عام في معسكر اعتقال داخاو ورأت عائلتها بأكملها تموت في المعسكر. سألتها كيف تمكَّنت من تجاوز ذلك، فقالت إنها فهمت منذ البداية أنها إذا سمحت لنفسها بالتفكير فيما يحدث، فسوف

تصاب بالجنون وتموت. قالت لي: «لقد قررت أنني سأفكر فقط في شعري، وطوال الوقت الذي كنت فيه في ذلك المكان كان شعري هو كل ما أفكر فيه. فكرت في الوقت الذي يمكنني فيه غسله. فكرت في محاولة تمشيطه بأصابعي. فكرت في كيفية التصرف مع الحراس حتى لا يحلقوا رأسي بالكامل. قضيت ساعات في محاربة القمل المنتشر في جميع أنحاء المخيم. وقد منح هذا التركيز لذهني شيئًا بإمكاني ممارسة بعض السيطرة عليه، وقد شغلني حتى أتمكن من عزل نفسي عن حقيقة ما كان يحدث لي، وقد نجح في ذلك». هذه هي الطريقة التي يمكن بها تطبيق مبدأ العلاج المعرفي السلوكي إلى أقصى الحدود في ظل الظروف القصوى. إذا تمكنت من إجبار أفكارك على أنماط معينة، فقد ينقذك هذا.

عندما أتت جانيت بينشوف إلى منزلي للمرة الأولى، أذهلتني. جانيت محامية بارعة، وكانت شخصية رائدة في النضال من أجل حقوق الإجهاض. إنها شخصية مثيرة للإعجاب بكل المقاييس، فهي واسعة الاطلاع، وواضحة، وجذابة، وخفيفة الظل، ومتواضعة. وهي تمتلك القدرة على طرح الأسئلة بإدراك حاد لشخص يمكنه تمييز الحقيقة بسرعة. وعلى الرغم من مظهرها الخارجي الواثق، فقد شاركت علنًا تجاربها مع الاكتئاب الشديد الذي أوصلها إلى أدنى مراحل حياتها. قالت لي: «إن إنجازاتي هي الدعامة التي تسمح لي بالوقوف؛ دونها، سأكون مجرد جثة». خضعت جانيت لعلاج سلوكي مكثف مع معالج ساعدها في مواجهة الرهاب الذي تعانيه. تشرح قائلة: «خوفي من الطيران كان أمرًا صعبًا بشكل خاص، لكن معالجي ساعدني من خلال مرافقتي في الرحلات الجوية ومراقبة ردود أفعالي من كثب. كنت متأكدة من أنني سألتقي مصادفة شخصًا لم أره منذ المدرسة وسأكون مع هذا الرجل السمين الذي يرتدي قميصًا مفتوحًا من الأعلى وسيتعين عليَّ أن أقول، «هذا معالجي السلوكي، ونحن فقط نتدرب على ركوب الطائرات». لكن يجب أن أقول إن الأمر نجح. لقد مررنا بما كنت أفكر فيه بالضبط دقيقة بدقيقة وغيرناه. الآن لم أعد أعاني نوبات القلق على متن الطائرات».

يُستَخدم العلاج المعرفي السلوكي على نطاق واسع اليوم، ويبدو أنه يُظهِر تأثيرًا كبيرًا على الاكتئاب. ويبدو أيضًا أن هناك نتائج جيدة للغاية تأتي من العلاج بين الأشخاص (IPT)، وهو نظام العلاج الذي صاغه جيرالد كليرمان، في جامعة كورنيل، وزوجته ميرنا وايزمان في جامعة كولومبيا.[7] يركز العلاج بين الأشخاص على الواقع المباشر للحياة اليومية الحالية. فبدلًا من وضع مخطط شامل للتاريخ الشخصي بأكمله، فإنه يعمل على إصلاح الأمور في الوقت الحاضر. لا يتعلق الأمر بتحويل المريض إلى شخص أعمق، بل يتعلق بتعليم المريض كيفية تحقيق أقصى استفادة مما هو عليه في الوقت الحاضر. إنه علاج قصير الأمد له حدود وقيود. وهو يفترض أن العديد من الأشخاص المصابين بالاكتئاب يتعرضون لضغوط كثيرة من الحياة وهي ما تكون إما مُحفزًا لاكتئابهم وإما نتيجة له، وأنه يمكن التخلص من هذه الضغوط من خلال التفاعل المدروس مع الآخرين. يكون العلاج على مرحلتين. في المرحلة الأولى، يتعلم المريض النظر إلى الاكتئاب كحالة خارجية، ويكتسب الوعي بمدى انتشاره.

ثم يحدد المعالج أعراض ومظاهر الاكتئاب لديه، ويعقد المريض العزم على العلاج. يعد المريض بعد ذلك كتالوجات لجميع علاقاته الحالية، ويحدد مع المعالج ما يحصل عليه من كل علاقة وما يريده من كل علاقة. يعمل المعالج مع المريض لمعرفة أفضل الاستراتيجيات لاستخلاص ما هو مطلوب في حياته. ثم تُصنَّف المشكلات إلى أربع فئات: الحزن؛ الاختلافات مع الأصدقاء المقربين والعائلة (ما تقدمه وما تتوقعه في المقابل، على سبيل المثال)؛ حالات التحول المأسوية في الحياة الشخصية أو المهنية (الطلاق أو فقدان الوظيفة، على سبيل المثال)؛ والعزلة. يحدد المعالج والمريض بعد ذلك بعض الأهداف التي يمكن تحقيقها ويضعان جدولًا زمنيًّا لتحقيقها. يوفر العلاج بين الأشخاص طريقة منظمة وشفافة لفحص حياة الفرد وتحسينها.

من المهم ألا تقمع مشاعرك تمامًا عندما تكون مكتئبًا. ومن المهم بالقدر نفسه تجنُّب الدخول في جدالات حادة أو التعبير عن الغضب الشديد. يجب عليك الابتعاد عن السلوك المدمر عاطفيًّا. ففي حين أن الناس قد يكونون متسامحين، فمن الأفضل عدم دفع الأمور إلى النقطة التي يصبح فيها التسامح ضروريًّا. عندما تشعر بالاكتئاب، فأنت بحاجة إلى حب الآخرين، ومع ذلك فإن الاكتئاب يعزز الأفعال التي تُدمِّر هذا الحب. غالبًا ما يخرق الأشخاص المصابون بالاكتئاب قوارب النجاة الخاصة بهم. ومع ذلك، يمكن للعقل الواعي أن يتدخل. أنت لست عاجزًا. بعد وقت قصير إلى حد ما من خروجي من اكتئابي الثالث، تناولت العشاء مع والدي وقال شيئًا أزعجني، وسمعت صوتي يرتفع وكلماتي تصبح حادة وشعرت بقلق شديد. استطعت رؤية أثر ذلك على والدي. أخذت نفسًا عميقًا، وبعد صمت قصير، اعتذرت قائلًا: «أنا آسف. لقد وعدتك بعدم رفع صوتي أو التحدث بهذه الطريقة، وأنا آسف لأنني فعلت ذلك». قد يبدو هذا غير كافٍ إلى حد ما، ولكن القدرة على التدخل بوعي تُحدِث في الواقع فرقًا هائلًا. قال لي صديق سريع الغضب ذات مرة: «بالنظر إلى الرسوم المرتفعة التي يتقاضاها طبيبي النفسي، قد تتوقع منه أن يذهب بنفسه لإصلاح مشكلات عائلتي ويمنحني فترة من الراحة». ولسوء الحظ، لا تسير الأمور هكذا.

على الرغم من أن العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بين الأشخاص يتمتعان بالعديد من نقاط القوة المحددة، فإن فاعلية أي علاج تعتمد بشكل أساسي على المعالج. إن اختيار المعالج أكثر أهمية من اختيار النظام العلاجي. يمكن أن يكون التواصل العميق مع معالجك مفيدًا للغاية، حتى ولو في محادثات غير ممنهجة؛ في المقابل، إذا لم يكن لديك علاقة قوية مع معالجك، فمن غير المرجح أن يكون مفيدًا لك، بغض النظر عن أساليبه أو مؤهلاته. ما يهم هو الذكاء والفهم؛ أما الشكل الذي يوصَل من خلاله ذلك الفهم، فهو أمرٌ ثانوي. في دراسة مهمة أُجريت عام 1979، أثبت الباحثون أن أي شكل من أشكال العلاج يمكن أن يكون فعالًا إذا تم استيفاء معايير معينة مثل أن يكون المعالج مخلصًا؛ وأن يعتقد المريض أن المعالج يفهم الأسلوب الذي يستخدمه؛ وأن يحب المريض المعالج ويحترمه؛ وأن يكون لدى المعالج

القدرة على تكوين علاقات وخلق تفاهم. اختار القائمون على التجربة أساتذة للغة الإنجليزية يتمتعون بقدر كبير من الفهم الإنساني ووجدوا أن أساتذة اللغة الإنجليزية، في المتوسط، كانوا قادرين على مساعدة مرضاهم بقدر المعالجين المحترفين.[8]

«لا يمكن للعقل أن يوجد دون الدماغ، ولكن يمكن للعقل أن يكون له تأثير على الدماغ. إنها معضلة عملية وميتافيزيقية لا نفهم جوانبها البيولوجية بشكل كامل». هذا ما يقوله إليوت فالنشتاين، أستاذ علم النفس وعلم الأعصاب بجامعة ميشيجان. كما يمكن استخدام التجربة للتأثير على الجسد. وكما يقول جيمس بالينجر من جامعة كارولينا الجنوبية الطبية: «لدى العلاج النفسي القدرة على تغيير الجوانب البيولوجية. إذ يمكن للعلاج السلوكي أن يغير بيولوجيا الدماغ، على الأرجح بطريقة مماثلة للأدوية». بينما تعمل بعض العلاجات المعرفية الفعالة للقلق على خفض مستويات التمثيل الغذائي في الدماغ، تعمل العلاجات الدوائية، على العكس من ذلك، على خفض مستويات القلق. هذا هو مبدأ الأدوية المضادة للاكتئاب، وهو أنه من خلال تعديل مستويات بعض المواد في الدماغ تتغير مشاعر المريض والطريقة التي يتصرف بها.

تظل معظم العمليات التي تحدث في الدماغ في أثناء نوبة الاكتئاب خارج نطاق قدرتنا على التأثير المباشر من الخارج. لقد ركزت الأبحاث المتعلقة بالعلاجات الطبية للاكتئاب بشدة على التأثير على الناقلات العصبية، ويرجع ذلك في الغالب إلى قدرتنا على التأثير على الناقلات العصبية.[9] وبما أن العلماء يعرفون أن خفض مستويات بعض الناقلات العصبية يمكن أن يسبب الاكتئاب، فإنهم يعملون على افتراض أن رفع مستويات هذه الناقلات العصبية نفسها يمكن أن يخفف من الاكتئاب، وبالفعل فإن الأدوية التي ترفع مستويات الناقلات العصبية هي في كثير من الحالات مضادات الاكتئاب الفعالة. قد يكون من المريح الاعتقاد بأننا نعرف العلاقة بين الناقلات العصبية والمزاج بشكلٍ تام، لكننا لا نعرفها. ويبدو أنها علاقة معقدة. إن وجود وفرة من الناقلات العصبية في دماغ الشخص لا يجعله بالضرورة أكثر سعادة من الشخص الذي لديه مستويات أقل. إن الأشخاص المصابين بالاكتئاب، في معظم الأحيان، لا يبدؤون بمستويات منخفضة من الناقلات العصبية. إن مجرد زيادة السيروتونين في الدماغ لا توفر راحة فورية على الإطلاق؛ فعلى سبيل المثال إذا دفعت الناس إلى تناول المزيد من التريبتوفان (الموجود في عدد من المواد الغذائية، بما في ذلك لحم الديك الرومي والموز والتمر)، مما يرفع مستويات السيروتونين، فإن ذلك لا يُحدِث أثرًا على الفور، على الرغم من وجود أدلة على أن تقليل التريبتوفان الغذائي قد يؤدي إلى تفاقم الاكتئاب.[10] إن التركيز الشعبي الحالي على السيروتونين هو في أفضل الأحوال ساذج. وكما قال ستيفن هايمان، مدير المعهد الوطني للصحة النفسي: «لدينا فائض في التركيز على السيروتونين ونقص في علم الأعصاب المعاصر». في الظروف العادية، يُطلَق السيروتونين بواسطة الخلايا العصبية ثم يعاد امتصاصه ليفرَّغ مرة أخرى. تعمل مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية

على منع عملية إعادة الامتصاص، وبالتالي زيادة مستوى السيروتونين الحر في (SSRIs) الدماغ. السيروتونين هو أحد الخيوط المشتركة طوال عملية التطور لمختلف الكائنات الحية؛ إذ يمكن العثور عليه في النباتات، وفي الحيوانات الدنيا، وفي البشر. يبدو أنه يقوم بوظائف متعددة، التي تختلف من نوعٍ إلى آخر. وهو في البشر يلعب دورًا في تنظيم انقباض الأوعية الدموية وتمددها، ويُسهل تكوين قشور الجروح، مما يسبب التخثر اللازم للسيطرة على النزيف، ويشارك في الاستجابات الالتهابية، ويؤثر على الهضم. كما أنه يلعب دورًا مباشرًا في تنظيم النوم والاكتئاب والعدوان والميول الانتحارية.[11]

تستغرق مضادات الاكتئاب وقتًا طويلًا لإحداث تغييرات واضحة. إذ لن يشعر المكتئب بأي نتيجة حقيقية من تغير مستويات الناقلات العصبية لديه إلا بعد مرور أسبوعين إلى ستة أسابيع. يشير هذا إلى أن التحسُّن يشمل أجزاء من الدماغ تستجيب للمستويات المتغيرة من الناقلات العصبية. هناك العديد من النظريات المتداولة، لكن لا يقدم أيٌّ منها تفسيرًا نهائيًّا قاطعًا. كانت النظرية الأكثر شيوعًا حتى وقت قريب إلى حد ما هي نظرية المستقبلات.[12] يحتوي الدماغ على عددٍ من المستقبلات لكل ناقل عصبي. مع زيادة كمية الناقل العصبي، يحتاج الدماغ إلى عدد أقل من المستقبلات لأن الناقل العصبي يغمر جميع المستقبلات الموجودة. وفي المقابل، مع انخفاض الناقل العصبي، يكون هناك حاجة إلى المزيد من المستقبلات لامتصاص كل جزء من الناقل العصبي المتاح. لذا فإن زيادة كمية الناقلات العصبية من شأنها أن تتسبب في انخفاض عدد المستقبلات وقد تسمح للخلايا التي كانت تعمل كمستقبلات بتولي وظائف أخرى مختلفة. ومع ذلك، تكشف الأبحاث الحديثة أن المستقبلات لا تستغرق وقتًا طويلًا لإعادة تخصيصها لمهام أخرى؛ في الواقع، قد تتغير خلال نصف ساعة من حدوث تغير في مستويات الناقلات العصبية. لذا، فإن نظرية المستقبلات لا تفسر الفارق الزمني الذي يحدث عند تناول مضادات الاكتئاب. ومع ذلك، يتمسك العديد من الباحثين بفكرة أن التغيير التدريجي في بنية الدماغ هو المسؤول عن الاستجابة المتأخرة لمضادات الاكتئاب. إن تأثير الأدوية على الأرجح غير مباشر. يُظهر الدماغ البشري مرونة ملحوظة.[13] إذ يمكن للخلايا أن تتكيف وتغير وظائفها بعد التعرض لصدمة، بل إنها تتعلم أدوارًا جديدة تمامًا. عندما ترفع مستويات السيروتونين وتتسبب في إغلاق بعض مستقبلات السيروتونين، تحدث أشياء أخرى في مكان آخر من الدماغ، ويجب أن تصحح تلك الأشياء الخلل الذي تسبب في شعورك بالسوء في المقام الأول. لكن الآليات غير معروفة تمامًا. يقول آلان فريزر، رئيس قسم علم الأدوية النفسية بجامعة تكساس: «هناك تأثير مباشر للدواء، الذي يؤدي إلى عملية غير معروفة تؤدي إلى العلاج. عند زيادة مستويات السيروتونين أو النورإبينفرين، تلاحظ نتائج مماثلة. لكن هل يؤدي هذان المساران إلى آليتين مختلفتين، أم يفضيان لآلية واحدة؟ هل هناك علاقة تسلسلية بين هذه العناصر تؤدي في النهاية إلى عملية غير معروفة؟».

يقول ستيفن هايمان عن الأدوية المضادة للاكتئاب: «إن الأمر يشبه وضع حبة رمل في محار، فتتحول إلى لؤلؤة. إن التكيف مع الناقلات العصبية المتغيرة، هو الذي يُحدِث التأثير العلاجي ببطء، على مدار عدة أسابيع». ويضيف إليوت فالنشتاين، من جامعة ميشيجان، «إن مضادات الاكتئاب محددة من حيث تركيبها الدوائي، ولكنها ليست محددة من الناحية السلوكية. إن كيمياء المنتجات أصبحت أكثر تحديدًا من أي وقت مضى، لكن الله وحده يعلم ما يحدث بالفعل في الدماغ». ويشرح ويليام بوتر، الذي كان يدير الجانب الدوائي النفسي في المعهد الوطني للصحة النفسية خلال السبعينيات والثمانينيات، الذي ذهب الآن إلى شركة إيلي ليلي للعمل على تطوير أدوية جديدة، الأمر بهذه الطريقة: «هناك آليات متعددة تنتج تأثيرات مضادة للاكتئاب؛ إن الأدوية التي لها أطياف مختلفة تمامًا من النشاط الكيميائي الحيوي لها في الواقع تأثيرات مشابهة جدًّا. إنها تتقارب بطرق لم تكن تتوقعها أبدًا. يمكنك الحصول على التأثيرات المضادة للاكتئاب نفسها تقريبًا من خلال أنظمة السيروتونين أو النورإبينفرين، وفي بعض الأشخاص، من خلال الدوبامين. الأمر ليس بسيطًا؛ إنه مثل نظام الطقس. فأنت تفعل شيئًا ما في مكان ما يؤدي إلى تغيير سرعة الرياح أو الرطوبة، وتحصل على نوع مختلف تمامًا من الطقس، ولكن حتى أفضل خبراء الأرصاد الجوية لا يمكنهم معرفة كيف سيؤثر التغيير على أي شيء». هل مسألة أن معظم مضادات الاكتئاب تمنع نوم حركة العين السريعة مهمة[14]، أم أن هذا أثر جانبي غير ذي صلة؟ هل مسألة أن مضادات الاكتئاب تعمل عادةً على خفض درجة حرارة الدماغ، التي تميل في حالة الاكتئاب إلى الارتفاع في أثناء الليل مهمة؟ لقد أصبح من الواضح أن جميع الناقلات العصبية تتفاعل وأن كلًّا منها يؤثر على الآخر.

النماذج الحيوانية ليست مثالية ولكنها توفر رؤى قيمة. على سبيل المثال عند إبعاد القرود عن أمهاتها في طفولتها، تتدهور صحتها النفسية والعقلية مع الوقت؛ إذ تصبح أدمغتها مختلفة من الناحية الفسيولوجية وتنتج مستويات أقل بكثير من السيروتونين مقارنة بالقردة التي نشأت مع أمهاتها.[15] وفي العديد من الحيوانات، يؤدي الانفصال المتكرر عن أمهاتها إلى ارتفاع مستويات الكورتيزول.[16] يصلح بروزاك هذه التأثيرات السلبية. ضع الذكر المهيمن من إحدى مستعمرات الجرابيات في مجموعة أخرى لا يكون هو المسيطر فيها، وسوف يعاني فقدان الوزن، وانخفاض الأداء الجنسي، واضطراب النوم، وجميع الأعراض المميزة الأخرى للاكتئاب الشديد. ارفع مستويات السيروتونين لديه وقد يتعافى تمامًا من هذه الأعراض. تميل الحيوانات التي تملك نسبة منخفضة من السيروتونين إلى التعامل بوحشية مع الحيوانات الأخرى؛ حيث يخوضون مخاطر غير ضرورية وغير عقلانية ويدخلون في مواجهات دون أسباب واضحة.[17] توضح النماذج الحيوانية العلاقة بين العوامل الخارجية ومستويات السيروتونين والسلوك بطريقة كاشفة للغاية.[18] تُظهِر القرود التي تتسلق التسلسل الهرمي الاجتماعي مستويات أعلى من السيروتونين عندما ترتفع رتبتها، وترتبط

مستويات السيروتونين المرتفعة بانخفاض العدوان وانخفاض خطر سلوكيات التدمير الذاتي والانتحار.[19] وإذا عُزلت هذه القرود بحيث لا تتمتع بوضع جماعي، فسوف ينخفض مستوى السيروتونين لديها بنسبة تصل إلى 50%.[20] وعند استخدام مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRIs)، تصبح أقل عدوانية وأقل عرضة لأنشطة التدمير الذاتي.[21]

تتوفر حاليًّا أربع فئات من الأدوية المضادة للاكتئاب. الأكثر شعبية هي مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRIs)، التي تؤدي إلى ارتفاع مستويات السيروتونين في الدماغ. بروزاك، لوفوكس، باكسيل، زولوفت، وسيليكسا كلها تنتمي إلى هذه الفئة. هناك أيضًا نوعان قديمان من مضادات الاكتئاب. تؤثر المُركبات ثلاثية الحلقات، التي سُميت على اسم تركيبها الكيميائي، على السيروتونين والدوبامين. إلافيل وأنافرانيل ونوربرامين وتوفرانيل وباميلور كلها مركبات ثلاثية الحلقات. بينما تمنع مثبطات أوكسيديز أحادي الأمين (MAOIs) انهيار السيروتونين والدوبامين والنورإبينفرين. نارديل وبارنات كلاهما من مثبطات أوكسيديز أحادي الأمين. الفئة الأخيرة، وهي مضادات الاكتئاب غير التقليدية، تشمل الأدوية التي تعمل على أنظمة الناقلات العصبية المتعددة مثل إيفيكسور وسيرزون وويلبوترين وأسيندين.

عادةً ما يعتمد اختيار الدواء الذي سيُستخدَم، على الأقل في البداية، على الآثار الجانبية. من المأمول أن نجد في النهاية طريقة لاختبار الاستجابة لأدوية معينة، ولكن حتى الآن لا نستطيع القيام بذلك تمامًا. يقول ريتشارد فريدمان من مستشفى باين-ويتني في كورنيل: «لا يوجد تقريبًا أساس علمي لاختيار مضاد اكتئاب معين لمريض معين، مع بعض الاستثناءات. إن الاستجابة السابقة لدواء معين هي مؤشر جيد للاستجابة المستقبلية للدواء نفسه. وإذا كان لديك نوع فرعي خاص من الاكتئاب، أي اكتئاب غير نمطي، حيث تفرط في تناول الطعام وتنام أكثر من اللازم، فسوف يكون أداؤك أفضل عند تناول مثبطات أحادي الأمين مقارنة بمضادات ثلاثية الحلقات، على الرغم من أن معظم الأطباء يستخدمون الأدوية الأحدث مع هؤلاء المرضى على أي حال. وبصرف النظر عن ذلك، عليك أن تختار دواءً يبدو أن آثاره الجانبية منخفضة كخط العلاج الأول. يمكنك اتخاذ قرار بشأن دواء أكثر تنشيطًا مثل ويلبوترين لشخص منعزل جدًّا، أو دواء مُهدئ لشخص مضطرب، ولكن أي شيء أبعد من ذلك سيعتمد على مجرد التجربة والخطأ مع كل مريض. سيخبرك الملصق أن أحد الأدوية لديه احتمالية أكبر لآثار جانبية معينة من دواء آخر، ولكن في تجربتي السريرية لا يوجد فارق كبير داخل فئة معينة من الأدوية في المستويات الإجمالية للآثار الجانبية. ومع ذلك، فإن الاختلافات في الاستجابة على المستوى الفردي قد تكون واضحة للغاية». إن الشعبية الكبيرة الحالية لمثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (ثورة البروزاك) لا ترجع إلى فاعليتها الفائقة، بل إلى انخفاض آثارها الجانبية وسلامتها.[22] يكاد يكون من المستحيل الانتحار بهذه الأدوية، وهذا اعتبار مهم في علاج الأشخاص المصابين بالاكتئاب، الذين قد يُظهِرون ميولًا انتحارية في أثناء تعافيهم. يقول أحد العلماء في شركة إيلي ليلي: «إن عقار بروزاك دواء متسامح للغاية». إن انخفاض

الآثار الجانبية لا يعني فقط أن الناس سوف يتناولون الدواء بسهولة أكبر، بل يعني أيضًا أنهم سيلتزمون بأنظمة العلاج الخاصة بهم بشكل أفضل. إنه المبدأ نفسه القائل بأنه إذا كان مذاق معجون أسنانك جيدًا، فربما ستنظف أسنانك لفترة أطول.

يعاني بعض الأشخاص اضطرابات في المعدة عند تناول مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية، وكانت هناك تقارير عرضية عن الصداع والشعور بالإرهاق والأرق والنعاس. ومع ذلك، فإن تأثيرها الجانبي الرئيسي هو تقويض الحياة الجنسية. قال لي بريان داماتو، وهو صديق مكتئب: «عندما كنت أتناول عقار بروزاك، كان يمكن أن تظهر جينيفر لوبيز على سريري مرتديةً أكثر الملابس إثارة، ولم أكن سأفعل شيئًا سوى سؤالها عمَّا إذا كان بإمكانها مساعدتي في ترتيب غرفتي». كما أن للأدوية ثلاثية الحلقات ومثبطات الأوكسيديز أحادي الأمين آثارًا جانبية جنسية سلبية؛ لكن لأن هذه الأدوية كانت تُستَخدم فقط لعلاج الاكتئاب الشديد، الذي تبدو معه آثارها الجانبية الجنسية ثانوية، فإن تقليصها للمتعة الجنسية لم يُناقَش كثيرًا وعلى نطاق واسع كما هو الحال مع مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية. في الدراسات التي أجريت في وقت إطلاق بروزاك، أفاد عدد محدود من المرضى أن بروزاك كانت له آثار جنسية سلبية. وفي دراسات لاحقة، عندما سُئِل المرضى على وجه التحديد عن المشكلات الجنسية، أبلغ عددٌ كبير منهم عن صعوبات مختلفة. تُقسِّم أنيتا كلايتون، من جامعة فيرجينيا، التجربة الجنسية إلى أربع مراحل: الرغبة، والإثارة، والنشوة الجنسية، والاسترخاء. تؤثر مضادات الاكتئاب على الأربعة. حيث تتضاءل الرغبة الجنسية نفسها، وتقل الإثارة بفعل عدم الشعور بأي لذة أو انخفاض الإحساس بالأعضاء التناسلية، أو العجز الجنسي، أو نقص الترطيب المهبلي. وتتأخر النشوة الجنسية. وبعض الناس يصبحون عديمي النشوة الجنسية تمامًا. من المربك أن هذه التأثيرات يمكن أن تكون غير منتظمة؛ ففي أحد الأيام يصبح كل شيء على ما يرام، وفي اليوم التالي تجد عجزًا جنسيًّا كبيرًا، ولا يمكنك معرفة الطريقة التي ستسير بها الأمور حتى وأنت منخرط في الفعل نفسه. وبالطبع لا يوجد استرخاء عندما لا يوجد رغبة ولا إثارة ولا نشوة.[23]

غالبًا ما تُتجاهَل الآثار الجانبية الجنسية باعتبارها غير ذات أهمية مقارنة بالاكتئاب الشديد، وبهذا المعيار فهي بالفعل غير ذات أهمية. ومع ذلك فهي غير مقبولة. قال أحد المرضى الذين أجريتُ معهم مقابلة إنه لا يستطيع الوصول إلى النشوة الجنسية في أثناء الجماع على الإطلاق، ووصف العملية المعقدة المتمثلة في التوقف عن تناول الدواء لفترة كافية لكي يُلقِّح زوجته. قال: «لو لم أكن أعلم مدى فظاعة العواقب المترتبة على التوقف عن تناول الدواء، لكنت توقفت عن تناوله. أوه، حياتي الجنسية.. كان من الجميل جدًّا استعادتها لبضعة أيام. أظل أتساءل عما إذا كنت سأحصل على نشوة جنسية مع زوجتي مرة أخرى». عندما تتعافى لأول مرة من نوبة اكتئاب، وتكون لديك مخاوف ملحة أخرى، فإن العجز الجنسي لا يكون مزعجًا للغاية، ومع ذلك، فإن التضحية بالمتعة الجنسية للتغلب على الألم العاطفي المؤلم

تبدو وكأنها مقايضة غير عادلة. كما أنه دافع لعدم الالتزام بالدواء، الذي ربما يكون أكبر مشكلة منفردة في علاج الاكتئاب. إذ إن أقل من 25% من المرضى الذين يتناولون مضادات الاكتئاب يستمرون في العلاج لمدة ستة أشهر، ونسبة كبيرة ممَّن يتوقفون يفعلون ذلك بسبب الآثار الجانبية المتعلقة بالجنس والنوم.[24]

بمجرد ظهور التأثيرات الجنسية، يبدأ القلق الجنسي. ونتيجة لذلك، قد تتحول اللقاءات المثيرة إلى لحظات مؤلمة من خيبة الأمل، مما يتسبب في إحداث نفور نفسي من التفاعلات الجنسية لدى المتضررين، مما يزيد من تفاقم أعراضهم. يعاني معظم الرجال الذين يعانون مشكلات العجز الجنسي الاكتئاب؛ وقد تكون معالجة العجز الجنسي كافية للتخفيف من حدة الاكتئاب. من المهم ومن الصعب، كما لاحظت أنيتا كلايتون، التمييز بين المشكلات الجنسية ذات الجذور النفسية التي ربما تكون قد ساهمت في اكتئاب الشخص، وتلك التي تنشأ بسبب الاكتئاب نفسه (كما هو الحال في 99% من الأفراد المصابين بالاكتئاب الحاد). تؤكد كلايتون على أهمية المراقبة غير التدخلية والشاملة للمرضى فيما يتعلق بالقضايا الجنسية.

يُقال إن العديد من المواد تساعد في منع الآثار الجانبية الجنسية لمضادات الاكتئاب مثل[25]: مضادات السيروتونين من قبيل سيبروهيبتادين وجرانيسيترون؛ ومحصرات ألفا2- من قبيل يوهيمبين وترازودون؛ والمحفزات الكولينية من قبيل بيثانيكول؛ والأدوية المعززة للدوبامين من قبيل البوبروبيون والأمانتادين والبروموكريبتين؛ ومنبهات المستقبلات الذاتية من قبيل بوسبيرون وبيندولول؛ والمنشطات من قبيل الأمفيتامين والميثيلفينيديت والإيفيدرين؛ والأعشاب من قبيل الجنكة بيلوبا وإل-أرجينين. كما أن أخذ إجازات قصيرة -عادة نحو ثلاثة أيام- من العقاقير يحقق نتائج إيجابية في بعض الأحيان. وفي بعض الأحيان يساعد تبديل الأدوية على تحسين الرغبة الجنسية. ومع ذلك، من الضروري ملاحظة أن نجاح أيٍّ من هذه الأساليب لم يثبت بشكل قاطع؛ وتختلف فاعليتها من شخص لآخر. على سبيل المثال فإن إحدى النساء التي رويتُ قصتها في هذا الكتاب مرت بتجربة مثيرة للقلق عندما أُعطِيت مجموعة من هذه الأدوية بما في ذلك ديكسيدرين؛ فقد كانت تعاني فائضًا حادًّا في الرغبة الجنسية لدرجة أنها وجدت صعوبة في حضور الاجتماعات الروتينية في مكتبها. ووصلت الأمور إلى حد أنها، خلافًا لطبيعتها المعتادة، كانت تمارس الجنس مع غرباء في المصاعد. قالت لي: «كان بإمكاني الوصول إلى النشوة ثلاث مرات بين الطابقين الثامن والرابع عشر. لقد توقفت عن ارتداء الملابس الداخلية لأن خلعها كان يستغرق وقتًا طويلًا. اعتقد الرجال أنهم يفعلون شيئًا مذهلًا يؤدي إلى كل هذه المتعة، لكن كان الأمر غير مريح بالنسبة لي. أشعر أنني أشبعت حقًّا غرور بعض الذكور. لكن الأمر لا يمكن أن يستمر. أنا لست صغيرة. حقًّا لم أكن أرغب في كل هذا». أعادتها بعض التعديلات الطفيفة في أدويتها إلى مستوى يمكن التحكم فيه من الإثارة الجنسية. لسوء الحظ، فإن تلك الأدوية نفسها عندما استُخدِمت مع مريضة أخرى كنت أعرفها فشلت في فعل أي شيء لها على الإطلاق؛ حيث قالت لي بكل أسف: «لم أكن أستطيع

الوصول إلى النشوة الجنسية حتى إذا علقت في المصعد لمدة أربع ساعات مع أكثر شباب العالم جاذبية وإثارة».

يمكن أن يكون لحُقن التستوستيرون، التي تُتناوَل لرفع مستوى هرمون التستوستيرون الحر في الجسم، بعض التأثيرات المفيدة، ولكن من الصعب التحكم فيها كما أن آثارها ليست واضحة تمامًا. ألمع شعاع أمل هو الفياجرا. وبسبب آثارها النفسية والجسدية، يبدو أنها تؤثر على ثلاث مراحل من المراحل التي أوضحتها كلايتون؛ حيث لا تحفز الرغبة الجنسية. لكن قد تساعد كخطوة ثانوية على استعادة الثقة في قدرة الشخص على التفاعل الجنسي، وهذا يساعد الشخص على الاسترخاء، الذي بدوره يساعد على الرغبة الجنسية. ومن المأمول أن تتولى معززات الدوبامين التي تُطوَّر حاليًّا معالجة ذلك، حيث يبدو أن الدوبامين له دور كبير في الرغبة الجنسية. عند تناول الفياجرا بانتظام، ستعمل أيضًا على استعادة الانتصاب الليلي لدى الرجال، الذي غالبًا ما يتلاشى بفعل مضادات الاكتئاب.[26] وهذا بدوره له تأثير إيجابي على الرغبة الجنسية. يقترح البعض أن الرجال الذين يتناولون مضادات الاكتئاب يجب أن يتناولوا الفياجرا كل ليلة كعامل علاجي[27]، حتى لو لم يمارسوا الجنس في كل مرة يتناولونها. وهي يمكن أن تكون في الواقع مضادًا سريعًا وفعالًا للاكتئاب؛ إذ تعمل المستويات العالية من الوظيفة الجنسية على تحسين الحالة المزاجية بشكل لا مثيل له تقريبًا. يشير البحث الذي أجراه كلٌّ من أندرو نيرنبرج من جامعة هارفارد وجوليا وارنوك من جامعة أوكلاهوما إلى أن الفياجرا[28]، على الرغم من أنها غير معتمدة رسميًّا للنساء، يبدو أن لها تأثيرات جيدة على الدافع الجنسي وقد تُسهل الوصول إلى النشوة الجنسية. ويرجع ذلك جزئيًّا إلى أنها تساعد البظر على التوسع مع تدفق الدم. كما أن العلاج الهرموني مفيدٌ أيضًا للنساء اللاتي يعانين العجز الجنسي. إذ يؤدي الحفاظ على مستويات هرمون الأستروجين إلى تحسين الحالة المزاجية، وقد يكون الانخفاض المفاجئ في مستوياته مدمرًا. إن الانخفاض الحاد بنسبة 80% في هرمون الأستروجين الذي تعانيه النساء في أثناء انقطاع الطمث له تأثيرات واضحة على الحالة المزاجية. تصاب النساء ذوات المستويات المنخفضة من هرمون الأستروجين بجميع أنواع الأعراض، ويؤكد وارنوك أن مستويات هرمون الأستروجين تحتاج إلى العودة إلى طبيعتها قبل أن يكون للفياجرا أي تأثير مفيد. وعلى الرغم من أنه من المهم عدم رفع مستويات هرمون التستوستيرون لدى النساء بشكل كبير، خشية أن يصبحن مشعرات وعدوانيات، فإن هرمون التستوستيرون هو هرمون ضروري للرغبة الجنسية الأنثوية، ويجب أيضًا الحفاظ عليه عند مستويات مناسبة.

تعمل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات على العديد من أنظمة الناقلات العصبية، بما في ذلك الأسيتيل كولين والسيروتونين والنورإبينفرين والدوبامين. تعتبر مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات مفيدة بشكل خاص في حالات الاكتئاب الحاد أو الذهاني. لكن يحمل تثبيط الأسيتيل كولين عددًا من الآثار الجانبية المزعجة، بما في ذلك جفاف الفم والعينين والإمساك.

يمكن أن تكون مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات أيضًا مهدئة إلى حد ما. لكن يمكن أن يؤدي استخدامها لدى الأشخاص المصابين بمرض ثنائي القطب إلى حدوث الهوس، لذا يجب توخي الحذر الشديد عند وصفها.[29] كما يمكن أن تؤدي مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRIs) والبوبروبيون أيضًا إلى إثارة الهوس، ولكن من غير المرجح أن تفعل ذلك.

تكون مثبطات الأوكسيديز أحادي الأمين مفيدة بشكل خاص عندما يحمل الاكتئاب أعراضًا جسدية حادة مثل الآلام الجسدية وانخفاض الطاقة والنوم المتقطع. تعمل هذه الأدوية على تثبيط الإنزيم الذي يفكك الأدرينالين والسيروتونين، مما يؤدي إلى زيادة مستوى هاتين المادتين. وهي أدوية ممتازة ولكن لها العديد من الآثار الجانبية. يجب على المرضى الذين يتناولونها تجنّب مجموعة من المواد الغذائية التي تدخل في تفاعلات مزعجة معها، ويمكن أن تؤثر أيضًا على وظائف الجسم. أحد المرضى الذين أجريت معهم مقابلة كان يعاني الاحتباس التام للبول الكامل بسبب مثبطات الأوكسيديز أحادي الأمين، حيث قال لي: «كنت بحاجة إلى الذهاب إلى المستشفى كلما اضطررت إلى التبول، وهو ما كان أمرًا صعبًا للغاية».

مضادات الاكتئاب غير التقليدية هي ببساطة غير تقليدية. لكل منها طريقة العمل الجديدة الخاصة به. يؤثر إيفكسور على كل من السيروتونين والنورإبينفرين. ويعمل ويلبوترين على الدوبامين والنورأدرينالين. ويعمل كلٌّ من أسيندين وسيرزون على جميع الأنظمة. من الشائع في الوقت الحالي تجربة ما يسمى بالأدوية النظيفة، وهي الأدوية التي لها تأثيرات محددة للغاية. إن الأدوية النظيفة ليست بالضرورة أكثر فاعلية من الأدوية القذرة؛ قد تكون فكرة التأثيرات المحددة مرتبطة إلى حد ما بالسيطرة على الآثار الجانبية، ولكن يبدو أنه كلما زاد عدد الأشياء التي تعبث بها في الدماغ البشري، كان من المرجح أن يكون علاج الاكتئاب أكثر فاعلية. تطور شركات الأدوية أدوية نظيفة بسبب حماسها للدقة الكيميائية، ولكن هذه الأدوية ليست متفوقة بشكل ملحوظ للأغراض العلاجية.

لا يمكن التنبؤ بنتائج مضادات الاكتئاب ولا يمكن أن تستمر دائمًا. ومع ذلك، يقول ريتشارد فريدمان: «لا أعتقد أن ظاهرة الفشل الكامل للأدوية تحدث بالقدر الذي يقولونه. أعتقد أن الجرعة قد تحتاج إلى إعادة تعديل، وأن الدواء قد يحتاج إلى أدوية مساعدة. غالبًا ما يتضمن علم الأدوية النفسية قدرًا لا بأس به من التجارب. والعديد من الأشخاص الذين يعانون فقدان فاعلية الدواء قد يمرون بهذا لأنهم استجابوا في البداية بشكل إيجابي بسبب التأثير الوهمي الأوَّلي Placebo، لكن هذا التأثير لا يدوم طويلًا». ومع ذلك، يجد العديد من المرضى أن الدواء لا يوفر سوى راحة مؤقتة. على سبيل المثال، حققت سارة جولد، التي عانت الاكتئاب طوال حياتها البالغة، تحسُّنًا ضخمًا مع ويلبوترين لمدة عام. وحققت التحسن نفسه مرة أخرى لفترة وجيزة من إيفكسور، ولكن هذا التأثير أيضًا اختفى في غضون ثمانية عشر شهرًا. تقول: «لقد لاحظ الناس. كنت أقيم في منزل مشترك مع عدد قليل من الأشخاص الآخرين، وأخبرتني أحدهم أن لدي هالة سوداء سلبية وأنها لا تستطيع أن تكون في المنزل

حتى عندما أكون في غرفتي والباب مغلق». استمرت جولد على مزيج من الليثيوم وزولوفت وأتيفان، والآن تتناول أنافرانيت وسيليكسا وريبيردال وأتيفان وهي «أقل نشاطًا وأقل شعورًا بالأمان، ولكنها قادرة على التأقلم». ربما لا يمكن لأي دواء حالي أن يمنحها الراحة الدائمة التي يحققها بعض الأشخاص، وبالنسبة إلى شخص سيحتاج إلى تناول الدواء بشكل دائم، فإن هذا الانتقال الكثير من حل إلى آخر أمر محبط للغاية.

تُستَخدَم عدة أدوية، مثل بوسبار، الذي يعمل على أعصاب معينة حساسة للسيروتونين، للسيطرة على القلق على المدى الطويل. هناك أيضًا أدوية سريعة المفعول، وهي البنزوديازيبينات، وهي فئة تشمل كلونوبين، وأتيفان، والفاليوم، وزاناكس. كما أن هالسيون وريستوريل، اللذَين يوصفان للأرق، هما أيضًا من البنزوديازيبينات. ويمكن تناول هذه الأدوية حسب الحاجة إلى تخفيف القلق على الفور. ومع ذلك، فقد أدى الخوف من الإدمان إلى الحذر الشديد في استخدامها.[30] إنها أدوية رائعة للاستخدام على المدى القصير، ويمكن أن تجعل الحياة محتملة خلال فترات القلق الحاد. لقد التقيت أشخاصًا تعرضوا لتعذيب كبير بفعل قلقهم النفسي الذي كان من الممكن تخفيفه لو كان أطباؤهم أكثر تساهلًا في وصف هذه الأدوية، وأتذكر دائمًا ما قاله لي أول طبيب نفسي: «إذا أدمنت، فسوف نُخلِّصك من الإدمان. لكن في الوقت الحالي، دعنا نعالج معاناتك». معظم الأشخاص الذين يتناولون البنزوديازيبينات يعتادونه، مما يعني أنهم لا يستطيعون إيقافه فجأة؛ لكنهم لن يأخذوا جرعات تصاعدية للحصول على فوائد علاجية. يقول فريدمان: «مع هذه العقاقير، يمثل الإدمان مشكلة بشكل رئيسي لدى الأشخاص الذين لديهم تاريخ من تعاطي المخدرات. إن خطر الإدمان على البنزوديازيبينات مبالغ فيه إلى حد كبير».

في حالتي، نجح زاناكس في جعل رعبي يختفي كالساحر الذي يجعل أرنبًا يختفي. وفي حين أن مضادات الاكتئاب التي تناولتها كانت بطيئة مثل طلوع الفجر، حيث سلطت الضوء شيئًا فشيئًا على شخصيتي وسمحت لها بالعودة إلى العالم المعروف والنمطي، فقد قدَّم زاناكس راحة فورية غير عادية من القلق؛ أو «حلًّا سحريًّا في اللحظات الصعبة»، كما يقول جيمس بالينجر، خبير القلق. بالنسبة إلى الأشخاص الذين ليس لديهم تاريخ سابق من سوء استخدام العقاقير والإدمان، فإن تلك الفئة من الأدوية بمنزلة ملاك ينقذ الأرواح. يقول بالينجر: «ما يعرفه عامة الناس غير صحيح إلى حد كبير. التخدير هو أحد الآثار الجانبية. استخدام تلك الأدوية كحبوب منومة يعد إساءة استخدام. أما استخدامها للقلق ليس كذلك. صحيح أن ترك تلك الأدوية سريعًا يأتي بأعراض انسحابية، ولكن هذا ينطبق على العديد والعديد من الأدوية». وعلى الرغم من أن فئة أدوية البنزوديازيبينات يمكن أن تساعد في علاج القلق، فإنها لا تخفف من حدَّة الاكتئاب في حد ذاته. كما أنها يمكن أن تؤثر على الذاكرة قصيرة المدى. وعلى المدى الطويل، يمكن أن يكون لها خصائص مثبطة للجهاز العصبي، وينبغي مراقبة الاستخدام المستدام على المدى الطويل من كثب.

منذ تلك الزيارة الأولى للطبيب النفسي، قبل سبع سنوات، وأنا منخرط في تناول الأدوية. من أجل صحتي النفسية، تناولت زولوفت، وباكسيل، ونافان، وإفيكسور، وويلبوترين، وسيرزون، وبوسبار، وزيبركسا، وديكسيدرين، وزاناكس، والفاليوم، وأمبين، والفياجرا، بتركيبات مختلفة وبجرعات مختلفة. واتضح أنني محظوظ؛ فقد استجبت بشكل جيد للأدوية التي بدأت بها. ومع ذلك، أستطيع أن أشهد على جحيم التجارب. فالعملية صعبة للغاية. قال لي الناس: «الاكتئاب قابل للشفاء هذه الأيام. فأنت تتناول مضادات الاكتئاب مثلما يتناول الأشخاص الأسبرين لعلاج الصداع». لكن هذا ليس صحيحًا. صحيح أن الاكتئاب في هذه الأيام قابل للعلاج لكنك تتناول مضادات الاكتئاب مثلما تخضع للعلاج الإشعاعي لعلاج السرطان. قد يؤدي ذلك أحيانًا إلى نتائج مذهلة، لكنها رحلة صعبة ونتائجها غير مضمونة.

لم أُودع حتى الآن في المستشفى وأقيم هناك بشكل كامل لتلقي العلاج، لكنني أعلم أنني قد أحتاج إلى ذلك يومًا ما. في المستشفى، عادةً ما يتناول الشخص الأدوية و/أو يتلقى العلاج بالصدمات الكهربائية. ومع ذلك، يمكن أن يكون أحد الجوانب الحاسمة للشفاء هو تجربة العلاج في المستشفى نفسها، التي تنطوي على الرعاية اليقظة من المتخصصين وأنظمة الحماية التي تمنع الأفراد من إيذاء أنفسهم. لا ينبغي النظر إلى العلاج في المستشفى على أنه الملاذ الأخير لمن هم في حالة يرثى لها؛ بل ينبغي النظر إليه على أنه مورد مثل أي مورد آخر ويجب استغلاله عند الضرورة إذا سمح التأمين الخاص بالمرء بذلك.

يعمل الباحثون في أربعة اتجاهات نحو علاجات جديدة. الأول هو التحول قدر الإمكان إلى العلاجات الوقائية؛ فكلما أسرعت في اكتشاف المشكلات النفسية من أي نوع، كانت حالتك أفضل. والثاني هو زيادة دقة الأدوية. يحتوي الدماغ على ما لا يقل عن خمسة عشر مستقبلًا مختلفًا للسيروتونين. وتشير الأدلة إلى أن التأثيرات المضادة للاكتئاب تعتمد على عدد قليل فقط من هذه المستقبلات، وأن العديد من الآثار الجانبية السيئة لمثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية قد تكون مرتبطة بالآخرين. والثالث يسعى إلى تطوير أدوية سريعة المفعول. الاتجاه الرابع هو إعطاء الأولوية للدقة في معالجة الأعراض بدلًا من العوامل البيولوجية، بهدف تقليل الحاجة إلى تجارب دوائية واسعة النطاق. إذا اكتشفنا، على سبيل المثال، علامات من شأنها أن تسمح بتحديد الأنواع الفرعية الجينية للاكتئاب، فقد يكون من الممكن العثور على علاجات خاصة بتلك الأنواع الفرعية. يقول ويليام بوتر، الذي كان يعمل سابقًا في المعهد الوطني للصحة النفسية: «إن الأدوية الموجودة حاليًّا غير مباشرة في طريقة عملها، بحيث لا يمكننا التحكم فيها بشكل كبير». وبالتالي فإن هذا النوع من الدقة من المرجح أن يظل بعيد المنال. لا تنتج اضطرابات المزاج من جين واحد، بل من تفاعل العديد من الجينات، كل منها يساهم في زيادة صغيرة في المخاطر، التي تُحفَّز بواسطة ظروف خارجية تخلق في النهاية حالة سيئة.

العلاج الجسدي الأكثر نجاحًا للاكتئاب هو الأقل نظافة ودقة على الإطلاق. بينما تكون مضادات الاكتئاب فعالة في نحو 50% من الحالات، وربما أكثر قليلًا؛ يبدو أن العلاج بالصدمات الكهربائية له تأثير كبير بنسبة تتراوح بين 75 و90% من الحالات.[31] ما يقرب من نصف أولئك الذين تحسَّنوا بعد العلاج بالصدمات الكهربائية يظلون يشعرون بتحسُّن بعد عام من العلاج، على الرغم من أن آخرين يحتاجون إلى جولات متكررة من العلاج بالصدمات الكهربائية. يعمل العلاج بالصدمات الكهربائية بسرعة. حيث يشعر العديد من المرضى بتحسن كبير في غضون أيام قليلة من الخضوع له، وهي ميزة ملحوظة بالنظر إلى عملية الاستجابة الطويلة والبطيئة للدواء. يعتبر العلاج بالصدمات الكهربائية مناسبًا بشكل خاص للأفراد الذين لديهم ميول انتحارية شديدة -للمرضى الذين يؤذون أنفسهم بشكل متكرر ويحتاجون إلى تدخلٍ فوري- وذلك بفضل مفعوله السريع ومعدل نجاحه المرتفع، كما أنه يُستَخدم في النساء الحوامل والمرضى وكبار السن، لأنه ليس لديه آثار جانبية على أجهزة الجسد أو مشكلات التفاعل الدوائي لمعظم الأدوية.

بعد بعض فحوصات الدم الروتينية، ومخطط القلب، وتصوير الصدر بالأشعة السينية، وبعض الفحوصات المتعلقة بالتخدير، يوقِّع المرضى الذين يعتبرون مؤهلين للعلاج بالصدمات الكهربائية نماذج الموافقة، التي تُقدَّم أيضًا إلى أسرهم. في المساء قبل العلاج بالصدمات الكهربائية، يُطلب من المريض الصيام، ويُدخَل خط وريدي (IV). وفي الصباح، يُنقَل إلى غرفة العلاج بالصدمات الكهربائية. بعد توصيل معدات المراقبة بالمريض، يضع الأطباء مادة هلامية على صدغيه ثم يضعون أقطابًا كهربائية. يمكن الاختيار بعد ذلك بين نوعين من العلاج بالصدمات الكهربائية: العلاج بالصدمات الكهربائية من جانب واحد، الذي يستهدف الجانب غير المسيطر من الدماغ (عادة الجانب الأيمن) الذي غالبًا ما يكون النهج المفضل في البداية، أو العلاج بالصدمات الكهربائية الثنائية. العلاج بالصدمات الكهربائية من جانب واحد له آثار جانبية أقل، وتظهر الأبحاث الحديثة أن جرعة عالية من العلاج بالصدمات الكهربائية من جانب واحد لها فاعلية العلاج نفسها الذي يستهدف نصفَي الدماغ.[32] يختار الطبيب المعالج أيضًا نوع التحفيز الكهربائي: إما موجة جيبية، التي توفر تحفيزًا أكثر استدامة، وإما موجة مربعة قصيرة النبض، التي تحفز النوبات مع آثار جانبية أقل. يتلقى المريض مخدرًا عامًّا وريديًّا قصير المفعول، مما يؤدي إلى فقدان المريض الوعي لمدة عشر دقائق تقريبًا، كما يُعطى مرخيات العضلات أيضًا لمنع التشنجات الجسدية (الحركة الوحيدة في أثناء العلاج هي اهتزاز طفيف لأصابع القدم، على عكس العلاج بالصدمات الكهربائية في الخمسينيات، حيث كان يتعرض المرضى لحركات أكثر عنفًا مما ينتج عنه إصابات). طوال الإجراء، يوصَّل المريض بجهاز تخطيط كهربية الدماغ (EEG) لمراقبة نشاط الدماغ وجهاز تخطيط كهربية القلب (ECG) لمراقبة نشاط القلب. يُعطى المريض صدمة كهربائية لمدة ثانية واحدة، مما يؤدي إلى نوبة في الدماغ تستمر عادة لمدة ثلاثين ثانية تقريبًا.[33] تكون هذه المدة كافية

لإحداث تغييرات في كيمياء الدماغ ولكنها ليست طويلة بما يكفي لإحداث ضرر. عادة ما تكون الصدمة الكهربائية المستخدمة نحو مائتي جول، أي ما يعادل قوة مصباح كهربائي بقوة مائة واط؛ تُمتَص معظم هذه الطاقة عن طريق الأنسجة الرخوة والجمجمة، ولا يصل سوى جزء صغير منها إلى الدماغ. وفي غضون عشر أو خمس عشرة دقيقة، يستيقظ المريض في غرفة الإنعاش. معظم الأشخاص الذين يتلقون العلاج بالصدمات الكهربائية يخضعون لعشر جلسات أو اثنتي عشرة جلسة على مدار ستة أسابيع تقريبًا. ومن الجدير بالذكر أن إجراء العلاج بالصدمات الكهربائية بات يحدث بشكل متزايد في العيادات الخارجية.

لقد وصفت الكاتبة مارثا مانينج اكتئابها والعلاج بالصدمات الكهربائية في كتاب جميل ومبهج إلى حد مدهش بعنوان «التيارات السفلية». لقد حققت الآن الاستقرار من خلال مجموعة من الأدوية (ويلبوترين، والقليل من الليثيوم، وبعض من عقار ديباكوت، وكلونوبين، وزولوفت)، التي تشير إليهم مازحة باسم «تحالف قوس قزح بين يدي». تقول: «أنا مشروع علمي ليس له تاريخ تسليم». لقد حظيتْ بخبرة مكثفة وطويلة مع العلاج بالصدمات الكهربائية عندما كان اكتئابها في أشد حالاته. لقد قررت الذهاب لتلقي العلاج في اليوم الذي وجدت نفسها فيه تبحث عن عنوان متجر أسلحة لتقتل نفسها. تقول: «لم أكن أريد أن أموت لأنني كرهت نفسي؛ بل أردت أن أموت لأنني أحببت نفسي بما يكفي بحيث أريد أن ينتهي هذا الألم. كنت أتكئ على باب الحمام وأستمع إلى ابنتي كل يوم وهي تغني بالداخل -كانت في الحادية عشرة من عمرها، وكانت تغني دائمًا في الحمام- وكانت تلك دعوة لكي أقاتل وأحاول ليوم آخر. إذ أدركت أنني إذا حصلت على مسدس واستخدمته، فسوف أوقف أغنية ابنتي. سأسكتها. وفي ذلك اليوم، قررت الذهاب إلى المستشفى للخضوع للعلاج بالصدمات الكهربائية. كان الأمر كما لو أنني رفعت راية الاستسلام أخيرًا للشخص الذي أبرحني ضربًا على الأرض. تلقيت العلاج لأسابيع، وكنت أستيقظ بعد كل جولة وأنا أشعر بالجوع، وأطلب مشروب كوكاكولا دايت، وهو ما كان يُشبه تناول مُسكن للآلام بعد ليلة طويلة من الصداع».

يؤدي العلاج بالصدمات الكهربائية إلى تعطيل الذاكرة قصيرة المدى ويمكن أن يؤثر على الذاكرة طويلة المدى. عادة ما تكون الاضطرابات مؤقتة، لكن بعض المرضى يعانون عجزًا دائمًا في الذاكرة. التقيت امرأة كانت محامية، وقد خرجت من العلاج بالصدمات لا تتذكر أي شيء عن كلية الحقوق. لم تستطع أن تتذكر أي شيء درسته، ولا أين درست، ولا مَن عرفته في أثناء دراستها. وهذا أمر مروع ونادر، لكنه يحدث. كما ارتبط العلاج بالصدمات الكهربائية أيضًا بوفاة نحو واحد من كل عشرة آلاف مريض، وفقًا لإحدى الدراسات، وذلك عادةً بسبب مشكلات في القلب بعد العلاج.[34] ليس من الواضح تمامًا ما إذا كانت هذه الوفيات متزامنة مع العلاج بالصدمات الكهربائية أو ناجمة عنه. يزيد ضغط الدم بشكل ملحوظ في أثناء العلاج بالصدمات الكهربائية، لكن لا يبدو أن العلاج بالصدمات الكهربائية يسبب أضرارًا فسيولوجية؛ في الواقع، يصف ريتشارد أبرامز، مؤلف كتاب مهم عن العلاج بالصدمات الكهربائية، مريضة

تلقت أكثر من 1250 جلسة علاج بالصدمات الكهربائية الثنائية، وكان دماغها، عندما توفيت عن عمر يناهز التاسعة والثمانين، في حالة جيدة تمامًا. يقول: «ببساطة لا يوجد أي دليل -ولا يوجد أي احتمال تقريبًا- على أن العلاج بالصدمات الكهربائية كما يطبَّق حاليًّا قادر على إحداث تلف في الدماغ».[35] تحدث العديد من الآثار الجانبية قصيرة المدى -بما في ذلك الترنح والغثيان- نتيجة التخدير المستخدم مع العلاج بالصدمات الكهربائية، وليس من الصدمات الكهربائية نفسها.

لا يزال العلاج بالصدمات الكهربائية هو أكثر علاج مقترن بوصمة العار. تقول مانينج: «تشعر وكأنك فرانكشتاين مستلقٍ على الطاولة. يميل الناس إلى تجنب مناقشة هذا الأمر. لا أحد يحضر لك وجبات الطعام عندما تتلقى العلاج بالصدمات الكهربائية. ويشعر المرء بالوحدة». يمكن أن يكون ذلك مؤلمًا من الناحية المفاهيمية للمريض أيضًا. تقول إحدى العاملات في مجال الصحة النفسية: «أعلم أن العلاج بالصدمات الكهربائية فعَّال؛ لقد شهدت فاعليته. لكن فكرة فقدان الذكريات الثمينة لأطفالي وعائلتي هي مصدر قلق. ليس لدي أهل، وليس لدي زوج. من سيستعيد لي تلك الذكريات؟ من سيرويها لي؟ من سيتذكر وصفة الفطيرة الخاصة التي استخدمناها منذ خمسة عشر عامًا؟ فقدان هذه الذكريات لن يؤدي إلا إلى تفاقم اكتئابي. الذكريات هي ما تجعلني أعيش أيامي، أفكار الحب الذي مضى».

ومن ناحية أخرى، يمكن أن يكون العلاج بالصدمات الكهربائية فعالًا بشكل إعجازي. تقول مانينج: «من قبل، كنت أدرك أن كل شربة ماء تتطلب الكثير من الجهد. بعد ذلك، تساءلت، هل يشعر الأشخاص العاديون بذلك طوال الوقت؟ ثم بعد الخضوع للعلاج بالصدمات الكهربائية بدا الأمر وكأنني اكتشفت كنزًا خفيًّا. ذهبت تلك الأعراض؛ ثم أصبح جسدي أخف وزنًا. وأقبلت على الحياة. صحيح أنني شعرت ببعض التشوش لفترة من الوقت، لكن ذلك لم يكن سيئًا قط مقارنة بالماضي». ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أن تجربة مانينج هي بقدرٍ ما استثنائية. يقاوم العديد من الأشخاص الذين يتلقون العلاج بالصدمات الكهربائية فكرة أنه مفيد، وبخاصة إذا أصابهم عجزٌ عابر في الذاكرة، أو إذا كان تعافيهم يحدث تدريجيًّا. أعرف شخصين خضعا للعلاج بالصدمات الكهربائية في أوائل عام 2000. وكان كلاهما في حالة يُرثى لها؛ إذ كانا غير قادرين على النهوض من السرير أو ارتداء الملابس، وسلبيين للغاية بشأن الحياة، وغير مهتمين بالطعام، وغير قادرين على العمل، وفي معظم الوقت كانت لديهما ميول انتحارية. خضعا للعلاج بالصدمات الكهربائية في أوقاتٍ متقاربة، لكن استجابتهما كانت مختلفة. عانى الأول فقدانًا واضحًا للذاكرة بعد العلاج، حيث كان مهندسًا وبات لا يستطيع أن يتذكر كيفية رسم الدائرة. وخرج الثاني كئيبًا كما دخل لأنه كان لا يزال يواجه مشكلات حياتية حقيقية. بدأ المهندس يستعيد ذاكرته بعد نحو ثلاثة أشهر، وبحلول نهاية العام، كان يستيقظ وينهض ويخرج إلى عمله ويعمل بشكل جيد. وقال إنها «ربما كانت محض صدفة». وخضع الثاني لجولة ثانية من العلاج رغم إصراره على أن الجولة الأولى لم تفِده. وبعد الجولة الثانية، بدأت

شخصيته في العودة، وبحلول الخريف لم يكن لديه وظيفة فحسب، بل حصل أيضًا على شقة جديدة وصديقة. واصل القول إن مساوئ العلاج بالصدمات الكهربائية أكثر من منافعه، إلى أن أشرتُ له أخيرًا أن ما محاه العلاج بالصدمات الكهربائية هو ذاكرته عما كان عليه قبله. عندما نُشر كتاب مانينج، ثار أولئك الذين يعترضون على «التحكم الإلكتروني في العقل».[36] سنَّت عدة ولايات في الولايات المتحدة قوانين ضد العلاج بالصدمات الكهربائية، لأنه ينطوي على احتمال سوء الاستخدام. إن العلاج بالصدمات الكهربائية ليس مناسبًا للجميع ويجب استخدامه فقط بموافقة المريض الكاملة والواعية. ومع ذلك، بالنسبة إلى بعض الأفراد، يمكن أن يكون علاجًا مذهلًا يغير حياتهم.

لماذا ينجح العلاج بالصدمات الكهربائية؟ لا نعرف. يبدو أن له تأثيرًا معززًا قويًّا على الدوبامين ويؤثر على جميع الناقلات العصبية الأخرى أيضًا. كما يمكن أن يؤثر أيضًا على عملية الاستقلاب في القشرة الأمامية. يبدو أن الكهرباء عالية التردد ترفع مستوى الاستقلاب. ويمكن للكهرباء منخفضة التردد أن تخفض مستوى الاستقلاب. بالطبع، ليس من الواضح ما إذا كان الاكتئاب هو أحد الأعراض العديدة لنقص الاستقلاب، أو أن الاكتئاب المهتاج هو أحد أعراض فرط الاستقلاب، أو ما إذا كان كلٌّ من الاكتئاب وهذه التغيرات في الاستقلاب هي وظائف لبعض التغيرات الأخرى في الدماغ. يخفض العلاج بالصدمات الكهربائية الحاجز الدموي الدماغي بشكل مؤقت. لكن لا تقتصر تأثيرات العلاج بالصدمات الكهربائية على القشرة الأمامية؛ فحتى وظائف جذع الدماغ تتأثر مؤقتًا بالشحنة الكهربائية.

لقد قررت عدم التوقف عن أدويتي. لست متأكدًا من أنني مدمن، ولكني معتمدٌ عليها؛ فدونها سأتعرض لخطر ظهور أعراض المرض. لقد ازداد وزني بشكل كبير. وتأتيني حكة واحمرار في جسدي دون سبب واضح. وأتعرق أكثر، وذاكرتي، التي لم تكن جيدة قط، ضعفت إلى حد ما؛ فكثيرًا ما أنسى ما أقوله في منتصف الحديث. وأشعر بالصداع كثيرًا. وأعاني تشنجات عضلية في بعض الأحيان. ورغبتي الجنسية تأتيني في بعض الأحيان وتختفي في أحيان أخرى، كما أن أدائي الجنسي غير منتظم؛ إذ يصعب عليَّ للغاية الوصول إلى النشوة الجنسية. الأدوية ليست مثالية بالتأكيد، ولكن يبدو أنها تضع جدارًا حقيقيًّا بيني وبين الاكتئاب. العامان الأخيران هما بلا شك أفضل ما حظيت بهما خلال عقد من الزمن. أعود إلى المسار الصحيح وإن كان ببطء. عندما توفي صديقان منذ وقت ليس ببعيد، في حادث غير متوقع، شعرت بحزن شديد، لكنني لم أشعر بنفسي أنزلق إلى الاكتئاب. وقد كان شعوري بالحزن فقط، هو بطريقة أنانية إلى حد ما، مصدرًا للارتياح.

إن السؤال عن الوظائف التي يؤديها الاكتئاب في العالم الذي نعيش فيه لا يُشبه تمامًا السؤال عن الوظيفة التي تؤديها مضادات الاكتئاب. يقول جيمس بالينجر، خبير القلق: «لقد أصبحنا أطول بعشرين سنتي مما كنا عليه قبل الحرب العالمية الثانية، ونتمتع بصحة أفضل، ونعيش لفترة أطول. ولا أحد يشكو من التغيير. عند إزالة الإعاقة، يخرج الناس إلى الحياة

ويجدون المزيد، سواء كان جيدًا أو سيئًا». وأعتقد أن هذا هو في الواقع الرد على السؤال الذي طرحه عليَّ كلُّ مَن ذكرت لهم هذا الكتاب تقريبًا؛ أي سؤال: «أليست هذه الأدوية تقضي على حياتك؟» لا. ما تفعله هو أنها تُتيح التعامل مع ألمك بطرق أكثر فائدة وإرضاءً.

يقول روبرت بوست، رئيس فرع الطب النفسي البيولوجي في المعهد الوطني للصحة النفسية: «لديك اثنا عشر مليار خلية عصبية. كل واحدة لديها ما بين ألف وعشرة آلاف مشبك عصبي، وكل هذه المشابك تتغير بسرعة كبيرة. لا يزال أمامنا طريق طويل جدًّا لجعلها جميعًا تعمل بشكل صحيح حتى يشعر الناس بسعادة رائعة طوال الوقت». يقول جيمس بالينجر: «لم يكن لدي انطباع بأن مستوى المعاناة في الكون قد انخفض كثيرًا، مع كل التحسينات التي أجريناها، ولا أعتقد أننا سنصل إلى مستوى مقبول في أي وقت قريب. لا ينبغي أن تشغلنا السيطرة على العقل في الوقت الحاضر».

يطارد مفهوم «الطبيعي» أذهان الأفراد الذين يعانون الاكتئاب. هل من الطبيعي أن تعاني الاكتئاب؟ لقد صادفت مصطلحات مثل المجموعات الطبيعية والمجموعات الاكتئابية في دراسات مختلفة، ومناقشات حول أنماط الأعراض «الطبيعية» و«غير النمطية». في أثناء بحثي، التقيت شخصًا قال لي: «في البداية، عندما بدأت هذه الأعراض، اعتقدت أنني أفقد عقلي. لقد كان من المريح للغاية اكتشاف أنه مجرد اكتئاب سريري وأنه في الأساس تجربة شائعة وطبيعية». في الواقع، هذا هو المسار الطبيعي للجنون. الاكتئاب هو اضطراب نفسي، وعندما تكون في قبضته، فإنك تكون كالمجنون، أو غريب الأطوار بعض الشيء، أو غير عقلاني إلى حد ما.

في إحدى الحفلات في لندن، رأيت إحدى معارفي وذكرت لها أنني أكتب هذا الكتاب. قالت: «كنت أعاني اكتئابًا رهيبًا». سألتها ماذا فعلت حيال ذلك، فقالت: «لم تعجبني فكرة الدواء. أدركت أن مشكلتي كانت مرتبطة بالضغوط النفسية والتوتر. لذلك قررت أن أزيل كل أسباب الضغط النفسي في حياتي». وعدت على أصابعها: «تركت وظيفتي، وانفصلت عن شريكي العاطفي ولم أبحث قط عن شريك آخر. ابتعدت عن زميلتي في الغرفة والآن أعيش وحدي. توقفت عن الذهاب إلى الحفلات. انتقلت إلى شقة أصغر. تركت معظم أصدقائي. تخليت إلى حد كبير عن الماكياج والملابس. يبدو الأمر سيئًا، لكنني حقًّا أكثر سعادة وأقل خوفًا من ذي قبل». ثم أردفت بنبرة فخورة: «وفعلت ذلك دون أدوية».

أمسكها أحد الأشخاص الذين كانوا يقفون في مجموعتنا من ذراعها وقال: «هذا جنونٌ تام؛ هذا هو الشيء الأكثر جنونًا الذي سمعته على الإطلاق. لا بد أنكِ مجنونة لتفعلي ذلك بحياتك». هل من الجنون تجنب السلوكيات التي تجعلك مجنونًا؟ أم أنه من الجنون أن تتداوى حتى تتمكن من الحفاظ على حياة تجعلك مجنونًا؟ يمكنني تقليص نطاق حياتي والقيام بأشياء أقل، والسفر بشكل أقل، ومعرفة عدد أقل من الأشخاص، وتجنب كتابة كتب عن الاكتئاب؛

وربما إذا قمت بكل هذه التغييرات، فلن أحتاج إلى الأدوية. قد أعيش حياتي ضمن حدود ما يمكنني تحمله. وهذا ليس ما اخترت القيام به في المقام الأول، لكنه بالتأكيد خيار معقول. إن العيش مع الاكتئاب يُشبه محاولة الحفاظ على توازنك في أثناء الرقص مع ماعز، لذا فمن المنطقي تمامًا أن تُفضِّل العثور على شريك يتمتع بإحساس أفضل بالتوازن. ومع ذلك، فإن الحياة التي أعيشها، المليئة بالمغامرة والتعقيد، تمنحني قدرًا هائلًا من الرضا لدرجة أنني أكره التخلي عنها. سأكره فعل ذلك أكثر من أي شيء تقريبًا. من الأفضل أن أتناول ثلاثة أضعاف عدد الحبوب التي أتناولها بدلًا من تقليص دائرة أصدقائي إلى النصف. كتب تيد كازينسكي (الشهير بمفجر الجامعات والطائرات) -الذي كانت أساليبه في إيصال أفكاره كارثية ولكن رؤيته لمخاطر التكنولوجيا سليمة- في بيانه: «تخيل مجتمعًا يُخضع الناس لظروف تجعلهم تعيسين للغاية، ثم يعطيهم عقاقير لتُخلِّصهم من تعاستهم. هل يبدو الأمر كخيال علمي؟ إنه يحدث بالفعل.... في الواقع، مضادات الاكتئاب هي وسيلة لتعديل الحالة الداخلية للفرد بطريقة تُمكِّنه من تحمل الظروف الاجتماعية التي كان لن يتقبَّلها دونها».[37]

في المرة الأولى التي رأيت فيها الاكتئاب السريري، لم أتعرف عليه؛ في الواقع، لم ألاحظه حتى. كان ذلك في فصل الصيف الذي أعقب سنتي الأولى في الكلية، وكنا في منزل تقضي فيه عائلتي الصيف. كانت صديقتي العزيزة ماجي روبنز هناك، ماجي الساحرة، المفعمة دائمًا بالطاقة والحيوية. أُصيبت ماجي بانهيار هوسي ذهاني في الربيع وبقيت في المستشفى لمدة أسبوعين. وبدا حينها أنها تعافت من ذلك. إذ لم تعد تقول أشياء مجنونة عن العثور على معلومات سرية في قبو المكتبة وعن الاضطرار إلى الاختباء في قطار متجه إلى أوتاوا، لذلك افترضنا جميعًا أنها تتحسَّن؛ وبدا أن صمتها الطويل في نهاية هذا الأسبوع يحمل إحساسًا بالعمق، كما لو أنها تعلمت أن تفكر بعناية في قيمة كلماتها. كان من الغريب أنها لم تحضر ثوب السباحة؛ ولم تخبرني إلا بعد سنوات أنها شعرت بأنها لا تستطيع أن تكون عارية وضعيفة ومكشوفة مثلما سيحدث إذا ارتدت ملابس السباحة. بينما كنا جميعًا نلعب ونمرح، جلست ماجي بفستان قطني بأكمام طويلة على لوح الغطس وظلت تشاهدنا وسحبت ركبتيها إلى الأعلى وأسندت ذقنها عليهما. كنا سبعة أشخاص هناك، في وقت الغروب، وكانت والدتي فقط هي التي قالت (سرًّا) إن ماجي بدت منعزلة إلى حد كبير. لم يكن لدي أي فكرة عن مقدار الجهد الذي كانت تبذله ماجي أو ما كانت تتحمله. لم ألاحظ الهالات السوداء التي كانت موجودة تحت عينيها، تلك التي تعلمتُ منذ ذلك الحين التحقق منها. أتذكر أننا واصلنا مضايقتها وإغاظتها بشأن عدم السباحة، وبشأن تفويتها لمتعة كبيرة، حتى وقفت أخيرًا في نهاية لوح الغوص وغطست وهي مُرتدية كامل ملابسها. أتذكر الملابس الثقيلة التي كانت ملتصقة بها وهي تسبح في حوض السباحة قبل أن تعود مجهدة إلى المنزل، والمياه تتساقط منها بكثرة على العشب. وبعد بضع ساعات وجدتها *بالداخل*، تغفو مرة أخرى. وعندما لم تأكل سوى القليل للغاية على العشاء، اعتقدت أن السبب هو أنها لا تحب شرائح اللحم أو لأنها

كانت تتبع حمية غذائية. ومن الغريب أنني أتذكر عطلة نهاية الأسبوع تلك باعتبارها عطلة سعيدة، وتفاجأت عندما وصفتها ماجي بأنها فترة عانت فيها الاكتئاب.

وبعد خمسة عشر عامًا، عانت ماجي أسوأ حالة اكتئاب رأيتها في حياتي. وفي خطوة تنُم عن انعدام كبير للكفاءة، اقترح طبيبها أن تحاول التوقف عن تناول الليثيوم، بعد خمسة عشر عامًا من الاستقرار، كما لو أن مرضها ثنائي القطب الشديد قد استُؤصِل بالكامل من جسدها. خفضت جرعتها ببطء، وشعرت بالارتياح. فقدت بعض الوزن، وتوقفت يداها أخيرًا عن الارتعاش، واستعادت بعضًا من طاقة ماجي القديمة، الطاقة التي كانت لديها عندما أخبرتني لأول مرة أن هدف حياتها هو أن تصبح الممثلة الأكثر شهرة في العالم. ثم بدأت تشعر بأنها في حالة رائعة طوال الوقت لسبب غير مفهوم. سألناها جميعًا عما إذا كانت قلقة من أنها أصبحت مصابة بهوس صغير، لكنها أكدت لنا أنها لم تشعر بهذا التحسن منذ سنوات. كان ينبغي أن يخبرنا ذلك بكل ما نحتاج إلى معرفته: وهو أن شعورها الدائم بأنها في حالة رائعة لم يكن أمرًا جيدًا. لم تكن بحالة رائعة. لم تكن حتى بحالة جيدة. وفي غضون ثلاثة أشهر، توصلت إلى أن الله يوجهها وأنها في مهمة لإنقاذ العالم. حاول أحد الأصدقاء أخذها إلى طبيبها، وعندما لم يتمكن من الوصول إليه، وجد طبيبًا آخر وأعاد لها الأدوية. وخلال الأشهر التي تلت ذلك، أصيبت بالاكتئاب. وفي الخريف التالي، انخرطت في دراسات عليا. قالت مازحة: «لقد أعطتني الدراسات العليا الكثير؛ فمن ناحية، أعطتني الوقت والمكان والقروض للحصول على نوبتين إضافيتين». خلال الفصل الدراسي الثاني، كانت تعاني هوسًا خفيفًا، ثم أصيبت باكتئاب خفيف؛ وفي نهاية الفصل الدراسي الرابع، أصابتها حالة من الهوس التام، ثم انزلقت في حالة من الاكتئاب العميق الذي بدا بلا حدود. أتذكر زيارتي لماجي في شقة أحد الأصدقاء، حيث كانت مستلقية على الأريكة، وتتألم كما لو كان شخص ما يُدخل قطعًا من الخيزران تحت أظفارها. لم نكن نعرف ماذا نفعل. بدا أنها فقدت القدرة على الكلام تمامًا؛ وعندما حصلنا أخيرًا على بضع كلمات منها، كانت بالكاد مسموعة. ولحسن الحظ، عرف والداها كل شيء عن الاضطراب ثنائي القطب على مر السنين، وفي تلك الليلة ساعدناها على الانتقال إلى شقتهم. لم نرها بعد ذلك لمدة شهرين، حيث ظلت حبيسة الفراش لا تفعل أي شيء. لقد كنت أعاني الاكتئاب، وأردت المساعدة، لكنها لم تكن تستطيع التحدث على الهاتف ولم تكن تريد زوارًا، وكان والداها يعرفان ما يكفي لمنحها مساحة للصمت. وقد أعلنت منذ ذلك الحين قائلة: «سأفعل كل ما بوسعي للتأكد من أنني لن أتعرض لذلك مرة أخرى. لن أسمح بحدوث ذلك مرة أخرى على الإطلاق».

تحافظ ماجي الآن على صحتها من خلال مزيج من عقاقير ديباكوت والليثيوم وويلبوترين. وعلى الرغم من أنها تحتفظ بزاناكس معها، فإنها لم تكن بحاجة إليه منذ وقت طويل. كما توقفت عن استخدام كلونوبين وباكسيل اللذين كانت تتناولهما في البداية. وستظل تتناول الأدوية بشكل دائم. تقول: «لقد أدركت الحاجة إلى التواضع والاعتراف بأن العديد من الأشخاص،

مثلي، الذين لم ينووا في البداية الاعتماد على الأدوية في حياتهم، وجدوها مفيدة». ماجي نشطة في كلٍّ من الكتابة والإبداع الفني، وتوازن هذه الأنشطة مع وظيفة يومية؛ محررة في إحدى المجلات. إنها ليست مهتمة بممارسة مهنة أكثر تحديًا. تشمل أولوياتها الحصول على بعض الاستقرار والتأمين الصحي ومساحة لا يتعين عليها فيها أن تكون متألقة طوال الوقت. خلال لحظات الاستبطان أو الغضب، تكتب شِعرًا عن الأنا المتغيرة التي خلقتها لنفسها، التي تُشير إليها باسم سوزي. يستكشف بعض شِعرها تجارب الهوس، والبعض الآخر يستكشف الاكتئاب:

يوجد في الحمام شخصٌ
يحدق إلى عينَي سوزي
يصدر أصواتًا غير مألوفة لعقلها
يقيم داخل المرآة
ذو وجه منتفخ، يذرف الدموع دومًا

يمتلئ رأس سوزي بالنبضات الضاغطة
ترتعش أسنانها، وترتجف يداها
تغطي المرآة بمعجون الأسنان الأبيض
صحيح أنها تعلمت كيفية ربط العقد
لكنها لم تحولها إلى حبل مشنقة بعد

ينقشع الحجاب أمام سوزي
وها هي تواجه الحقيقة العارية أمامها
بأن هذا العالم محكوم علينا فيه بالمعاناة

قالت لي: «قررت عندما كنت في الثامنة من عمري أنني ماجي. أتذكر أنني فعلت ذلك في المدرسة، في الردهة، وقلت: «أنا ماجي. وسأكون دائمًا أنا. هذه هي ذاتي الآن، التي سأكون عليها. لقد مررت بتغييرات عديدة لأنني لا أستطيع حتى أن أتذكر بعض أجزاء من حياتي، ولكن بدءًا من هذه النقطة، سأكون نفسي». وقد كان الأمر كذلك. هذه هي الطريقة التي أحدد بها هويتي. أنا الشخص نفسه. أستطيع أن أنظر إلى الوراء وأقول «أوه يا إلهي، لا أستطيع أن

أصدق أنني فعلت هذا الشيء الأحمق عندما كنت في السابعة عشرة من عمري». لكنني أنا من فعل ذلك. لم أواجه أي اضطرابات في إحساسي بذاتي».

إن الحفاظ على إحساس ثابت بالذات في مواجهة التحديات التي يفرضها مرض الهوس الاكتئابي هو شهادة على قوة داخلية لا تصدق. ومع ذلك، مرَّت ماجي بلحظات أرادت فيها التحرر من هذه الذات التي لا تتغير. وخلال هذا الاكتئاب المرعب تقول: «كنت أستلقي على السرير وأغني أغنية «أين ذهبت كل الزهور Where Have All the Flowers Gone» مرارًا وتكرارًا لشغل ذهني. أدرك الآن أنه كان من الممكن أن أتناول بعض العقاقير الأخرى، أو أنه كان بإمكاني أن أطلب من شخص ما أن يأتي ويبقى معي في غرفتي، لكنني كنت مريضة جدًّا لدرجة أنني لم أستطع التفكير في ذلك. لم أتمكن من تحديد ما كان يخيفني بشدة، لكنني شعرت وكأنني قد أنفجر من القلق. سقطت أكثر فأكثر في هوة الاكتئاب، حتى عندما عدَّلنا بعض الأدوية. كنت أثق في أطبائي وأومن دائمًا أنني سأعود إلى طبيعتي في النهاية، ومع ذلك، لم أستطع الانتظار، لم أستطع حتى التعامل مع اللحظة التالية، لذا ساعدني الغناء في التخلص من الأفكار المدمرة في ذهني، التي كانت تقول لي: «أنتِ بلا قيمة، ولا تستحقين حتى العيش. أنتِ لن تكوني أي شيء أبدًا. أنتِ لا أحد». وكان ذلك هو الوقت الذي بدأت أفكر فيه حقًّا في قتل نفسي. لقد فكرت في ذلك من قبل، ولكن الآن كنت أخطط له حقًّا. كان لدي تصور شِبه مستمر لجنازتي. في أثناء إقامتي مع والدي، كنت أتخيل دائمًا نفسي وأنا أصعد إلى السطح وأقترب من الحافة وأنا مرتدية ثوب النوم. كان هناك إنذار على باب السطح، لكنني لم أهتم، كنت سأتجاوز الحافة قبل أن يتمكن أي شخص من الوصول إلي. لم يكن هناك أي فرصة للفشل. اخترت ثوب النوم الذي سأرتديه. ثم ظهرت بعض بقايا احترامي لذاتي وذكَّرتني بعدد الأشخاص الذين سيشعرون بالحزن إذا فعلت ذلك، ولم أستطع تحمل مسؤولية التسبب في كل هذا القدر الكبير من الحزن. كان عليَّ أن أعترف لنفسي بمقدار الأذى الذي سيُلحقه الانتحار بالآخرين».

«أعتقد أنني قمعت العديد من الذكريات في ذلك الوقت. من المستحيل الوصول إلى تلك الذكريات لأنها لا تبدو منطقية. كان يمكنني أن أتذكر أجزاء معينة من الشقة، وكم شعرت بالسوء هناك. وأستطيع أن أتذكر المرحلة التالية، عندما كنت أفكر في المال طوال الوقت. كنت أبدأ في النوم ثم أستيقظ قلقة؛ ولم أستطع التخلص من ذلك. لم يكن خوفًا عقلانيًّا؛ إذ لم أكن أواجه مشكلات مالية في ذلك الوقت. كنت أقول لنفسي ماذا لو لم يكن لدي الكثير من المال بعد عشر سنوات من الآن؟ لم تكن هناك أي صلة بين الخوف والقلق الذي شعرت به خلال حياتي الطبيعية ونوع الخوف والقلق الذي كان يستنزفني في ذلك الوقت. لقد كان مختلفًا تمامًا كمًّا وكيفًا أيضًا. يا إلهي لقد كانت أوقاتًا فظيعة. وأخيرًا -وحمدًا لله- كان لدي من الحكمة ما يكفي لتبديل الأطباء. ثم بدأت في تناول زاناكس. كنت أتناول نصف مليجرام أو نحو ذلك، وأشعر كما لو أن هناك يدًا عملاقة جاءت واستقرت على فخذي وضغطت بقية اليد على جانبي، والأصابع

على كتفي. كانت تلك اليد تُهدئني تمامًا وتدفعني للنوم أخيرًا. لقد كنت مرعوبة من أن أصبح مدمنة، لكن الطبيب أكد لي أنني لن أدمنه -لم أكن أتناول قدرًا يكفي لحدوث ذلك- وقال إنني حتى لو أدمنته، فسوف يخلصني من ذلك عندما أصبح أفضل، وأكثر قدرة على التعامل مع الحياة. لذا قررت عدم الانشغال بمسألة الإدمان تلك والاستمرار في تناول الدواء».

«أنت لا تعتقد في حالة الاكتئاب أنك يغشاك حجاب رمادي وترى العالم من خلال ضبابية المزاج السيئ، بل تعتقد أن الحجاب قد أُزيل، حجاب السعادة، وأنك الآن ترى الواقع حقًّا. تحاول تحليل الحقيقة وتفكيكها، وتعتقد أنها شيء ثابت، لكن الحقيقة حية وتتحرك وتراوغ. يمكنك طرد شياطين مرضى الفصام الذين يعتقدون أن هناك شيئًا غريبًا بداخلهم. لكن الأمر أصعب بكثير مع الأشخاص المكتئبين لأننا نعتقد أننا نرى الحقيقة. ومع ذلك، هذه «الحقيقة» خادعة ومراوغة. أنظر إلى نفسي وأقول: «أنا مطلقة»، ويبدو أن هذا هو أفظع شيء. بينما يمكن أن أقول «أنا مطلقة!» وأشعر بالارتياح والحرية حيال ذلك. النصيحة الوحيدة التي كانت مفيدة حقًّا خلال كل هذا كانت نصيحة أحد الأصدقاء عندما قال: «لن يظل الأمر هكذا دائمًا». حاولت دومًا تذكر ذلك؛ تذكُّر أن هذا هو الحال الآن، لكنه لن يظل كذلك دومًا. والشيء الآخر الذي قاله ذلك الصديق، الذي كان مفيدًا أيضًا، هو «إن مَن يتحدث هو الاكتئاب وليس أنتِ؛ الاكتئاب يتحدث من خلالك»».

يعدُّ العلاج النفسي والأدوية من أكثر العلاجات المتاحة للاكتئاب، ولكن هناك منظومة أخرى ساعدت العديد من الأشخاص على التغلب على مرضهم، وهو الإيمان. يمكن رؤية الوعي الإنساني مقيدًا بأضلاع مثلث: اللاهوتي، والنفسي، والبيولوجي. من الصعب جدًّا الكتابة عن الإيمان لأنه يتعلق بما لا يمكن معرفته وما لا يوصف. علاوة على ذلك، فإن الإيمان في العالم الحديث يميل إلى أن يكون شخصيًّا للغاية. ومع ذلك، فإن المعتقد الديني هو إحدى الطرق الأساسية التي يتكيف بها الناس مع الاكتئاب. يقدِّم الدين إجابات لأسئلة لا يمكن الإجابة عنها. وهو لا يستطيع عادةً إخراج الناس من الاكتئاب؛ في الواقع، حتى أكثر الناس تدينًا يجدون أن إيمانهم يضعف أو يختفي وهم بين براثن الاكتئاب. ولكنه يمكن أن يعَد دفاعًا ضد اليأس ويساعد في النجاة من مثل هذه النوبات الاكتئابية. إنه يعطي أسبابًا للعيش. تشجعنا العديد من الأديان على النظر إلى المعاناة على أنها نبيلة، مما يمنحنا إحساسًا بالهدف والكرامة في لحظات العجز التي نعيشها. تتحقق العديد من أهداف العلاج المعرفي والتحليلي من خلال أنظمة الاعتقاد التي تكمن وراء الديانات الأساسية في العالم من قبيل: إعادة توجيه الطاقة خارج الذات، واكتشاف احترام الذات، والصبر، واتساع نطاق الفهم. الإيمان هِبة عظيمة. فهو يوفر العديد من فوائد التواصل البشري والحميمية دون أن يكون مشروطًا بأهواء شخص آخر، مع أن الإله أيضًا مشهور بأهوائه. فهناك قوة عليا تُشكل مصائرنا، على الرغم من محاولاتنا للسيطرة عليها. الأمل هو وسيلة وقائية عظيمة، والإيمان في جوهره يوفر الأمل.

أنت تنجو من الاكتئاب من خلال الإيمان بالحياة الذي هو مجرد نظام عقائدي ديني. إن الاكتئاب أمر ساخر وتهكمي للغاية، ولكنه يمكن أن يكون أيضًا بمنزلة نشأة لشكل فريد من أشكال الإيمان. إن تحمُّل الاكتئاب والظهور على طبيعتك الحقيقية يشبه اكتشاف أن ما كنت تفتقر إلى الشجاعة لتأمل فيه قد يظل صحيحًا. إن خطاب الإيمان، مثل خطاب الحب الرومانسي، له عيب أنه يحمل احتمالية خيبة الأمل؛ فالاكتئاب بالنسبة إلى كثير من الناس يعني أن الله قد نبذهم أو تخلى عنهم، ويقول الكثير ممَّن أصيبوا بالاكتئاب إنهم غير قادرين على الإيمان بإله يُلحق الأذى بعبيده، لكن بالنسبة إلى العديد من المؤمنين، فإن هذا الغضب أو الشك يتراجع مع تراجع اكتئابهم. إذا كان الإيمان هو حالتك المعتادة، فإنك تميل إلى العودة إليه، تمامًا كما تعود إلى أي جانب طبيعي آخر من حياتك. لم تكن الأنظمة الدينية الرسمية جزءًا من نشأتي وتجاربي، ولكنني أجد صعوبة في تجنب الشعور بوجود تدخل إلهي يؤثر على الحالة النفسية للفرد. يشعر المرء بذلك بقوة بداخله بحيث يصعب تصور أنه غير صحيح.

يقاوم العلم الدراسة الدقيقة لعلاقة الدين بالصحة النفسية لأسباب منهجية في الغالب. «عندما تصل إلى أشياء مثل التأمل أو الصلاة، ما هو معيار المقارنة المناسب للاختبار المزدوج التعمية[1]؟» يسأل ستيفن هايمان، مدير المعهد الوطني للصحة النفسية. «هل يتمثل في الصلاة إلى الإله الخطأ؟ تلك هي المشكلة الأساسية في اختبار القدرة العلاجية للصلاة». علاوة على ذلك، هناك شعور بأن الشخصيات الدينية، مثل الكهنة، أكثر قبولًا اجتماعيًّا كمعالجين. في الواقع، قال تريستان رودس، وهو قِس أعرفه، إنه عالج لعدة سنوات امرأة تعاني الاكتئاب وكانت ترفض العلاج النفسي ولكنها كانت تأتي إليه للاعتراف كل أسبوع. أخبرته بقصصها، ثم نقل بعد ذلك المعلومات الأساسية إلى صديق طبيب نفسي. وبهذه الطريقة، حصلت على دعم نفسي في سياق معتقداتها الدينية.

بالنسبة إلى ماجي روبنز، كان الإيمان والمرض متزامنين. لقد انضمت إلى الكنيسة الأسقفية البروتستانتية، وفي بعض الأحيان كانت متدينة للغاية. كانت تذهب إلى الكنيسة باستمرار في صلاة المساء في معظم أيام الأسبوع، وأحيانًا لقُداسين في أيام الأحد (واحد للمناولة والآخر للاستماع فقط)، ودرْس الكتاب المقدس في أيام الاثنين، ومجموعة متنوعة من أنشطة الرعية في بقية الوقت. وهي عضو في هيئة تحرير مجلة الرعية وقد درَّست في مدرسة الأحد. تقول: «كما تعلم، كتب فينيلون: ‹ارتقِ بي إلى الأعالي أو اهبط بي إلى أسفل السافلين؛ سأظل أحب كل أهدافك›. ربما تكون مذاهب التأمل والتصوف مهرطقة، لكن هذه الفكرة هي أحد المبادئ الأساسية لإيماني. ليس عليك أن تفهم ما يحدث. كنت أعتقد أنه يتعين علينا أن نخلق شيئًا من الحياة حتى لو كانت لا معنى لها. لكنها ليست بلا معنى. الاكتئاب يجعلك تصدق أشياء معينة

(1) التجارب مزدوجة التعمية هي تجارب تكون معلومات الاختبار فيها مخفية عن القائم بالفحص (الفاحص) والخاضع له (مريض غالبًا)، بحيث لا يحدث تحيز في نتائج الاختبار. (المترجم)

من قبيل أنك بلا قيمة ويجب أن تموت. فكيف يمكن الرد على ذلك إلا بمعتقدات بديلة؟» بعد كل هذا، في أسوأ مراحل الاكتئاب، لم يفعل الدين الكثير لمساعدة ماجي. تُردف: «ومع تحسن حالتي، تذكرت: «أوه، نعم، الدين، لماذا لم أستخدم ذلك لمساعدتي؟» لكنه لم يساعدني في أسوأ لحظاتي». لا شيء يمكنه ذلك. كانت صلاة المساء تُهدئها وتساعد على انتشالها من فوضى الاكتئاب. تقول: «إنها أداة قوية. تستيقظ وتقول الصلوات نفسها كل ليلة. لقد أوضح لك شخص ما يتعين عليك قوله إلى الله، وسيقوله الآخرون معك. أنخرط في هذه الطقوس لاحتواء اكتئابي. إن الذهاب إلى الكنيسة هو عبارة عن مجموعة من الممارسات الانتباهية التي تدفعك إلى الأمام روحيًّا». يبدو هذا الأمر نفعيًّا في بعض النواحي؛ فالأمر لا يتعلق بالإيمان بل يتعلق بالانضباط ويمكن تحقيقه بشكل جيد بالقدر نفسه مع دروس التمارين الرياضية. تعترف ماجي بأن هذا صحيح جزئيًّا، لكنها تنفي القطيعة بين الروحاني والنفعي. «أنا متأكدة من أنه يمكن للمرء تحقيق العمق نفسه مع بعض الديانات الأخرى ومع بعض الأشياء الأخرى غير الدين. المسيحية هي مجرد نموذج واحد، وعندما أناقش تجربتي الدينية مع معالجي النفسي، أو تجربتي في العلاج النفسي مع مرشدي الروحي، يتبين أن هذه النماذج متشابهة تمامًا. أخبرني مرشدي الروحي مؤخرًا أن الروح القدس يستخدم لا وعيي طوال الوقت! في العلاج أتعلم إقامة حدود الأنا؛ وفي الكنيسة، أتعلم أن أتخلى عنها وأصبح متحدة مع الكون، أو على الأقل جزءًا من جسد المسيح. أتعلم كيفية الاستمرار في إقامتها وإسقاطها حتى أتمكن من القيام بذلك بسهولة».

«بحسب العقيدة المسيحية، لا يجوز لك الانتحار لأن حياتك ليست ملكك. أنت وكيل على حياتك وجسدك، لكن ليس لك أن تدمرهما. وبدلًا من أن يخوض الناس الصراعات ويحاربوها بمفردهم، يدركون أنهم يكافحون ضد هذه التحديات جنبًا إلى جنب مع شخصيات دينية مختلفة مثل يسوع المسيح والآب والروح القدس. الكنيسة هي الهيكل الخارجي لأولئك الذين أكل المرض النفسي هيكلهم الداخلي. إذ تصب نفسك فيه وتتكيف مع شكله. إن النزعة الفردانية، أي انفصال أنفسنا عن كل شيء آخر، قد شوهت الحياة الحديثة. تقول الكنيسة إنه يجب علينا أن نعمل أولًا داخل مجتمعاتنا، ثم كأعضاء في جسد المسيح، ثم كأعضاء في الجنس البشري. قد لا يتوافق هذا المنظور مع العقلية الفردانية التقليدية لأمريكا في القرن الحادي والعشرين، لكنه يحمل قيمة كبيرة. استوحى من أينشتاين فكرة أن البشر يعيشون تحت قبضة «الوهم البصري» المتمثل في أن كل واحد منهم منفصل عن الآخرين، وعن بقية العالم المادي، وعن الكون؛ بينما في الواقع نحن جميعًا أجزاء مترابطة تمامًا من الكون. بالنسبة لي، المسيحية هي دراسة الحب والاهتمام الحقيقي والهادف. في حين أن البعض قد يربط المسيحية خطأً بكونها ضد اللذة، إلا أنها في الواقع تؤيد الفرح بقوة. فأنت تهدف إلى تحقيق الفرح الذي لن يختفي أبدًا، بغض النظر عن نوع الألم الذي تعانيه. لكن بالطبع ستظل تعاني الألم. سألت كاهني، عندما أردت أن أقتل نفسي، «ما هو الغرض من هذه المعاناة؟» فقال: «أنا أكره العبارات التي تحتوي على كلمتَي معاناة وغرض. المعاناة هي مجرد معاناة.

ولكنني أعتقد أن الله معك في هذا، على الرغم من أنني أشك في قدرتك على الشعور به على الإطلاق». سألته كيف يمكنني أن أضع شيئًا كهذا بين يدي الله، فقال: «ليس هناك ‹وضع› يا ماجي. الأمر يكون هكذا من تلقاء نفسه»».

كافحت صديقة أخرى، وهي الشاعرة بيتسي دي لوتبينير، أيضًا مع الإيمان في أثناء الاكتئاب، واستخدمته كوسيلة أساسية للتعافي. في أعماق اكتئابها تقول: «أنا أكره نفسي وأخطاءها بالطبع، ومع فقدان التسامح، أكره العالم وأخطاء من حولي وينتهي بي الأمر بالرغبة في الصراخ لأن هناك انسكابات وبقعًا وأوراقًا متساقطة وغرامات وقوف سيارات وأشخاصًا متأخرين أو لا يردون على المكالمات. لا شيء من هذا جيد. وسرعان ما سيبكي الأطفال، وإذا تجاهلت ذلك، فسينتهي بهم الأمر هادئين للغاية ومطيعين، وهو الأمر الأسوأ لأن الدموع أصبحت الآن في الداخل. تحولت الدموع إلى خوف وألم وصمت. أنا أكره نفسي بشدة. يأخذني الاكتئاب إلى أسفل وأسفل».

لقد نشأتْ في أسرة كاثوليكية وتزوجت برجلٍ ذي إيمان كاثوليكي قوي. وعلى الرغم من أنها ليست من مرتادي الكنيسة بانتظام مثله، فإنها لجأت إلى الله والصلاة عندما شعرت بتراجع قبضتها على الواقع، عندما رأت كيف أن يأسها كان يدمر سعادتها بأطفالها، وكذلك سعادتهم. لكنها لم تبقَ بالكامل ضمن الكاثوليكية؛ في الواقع، جربت برامج علاجية مختلفة، والتأمل البوذي، والسير على النيران، وزيارة المعابد الهندوسية، ودراسة القَبالة، وأي شيء آخر يبدو روحيًّا. كتبت لي في وقت عصيب تقول: «عندما تتلو صلاة في لحظة قلق أو ضغط نفسي، يمكن أن يكون ذلك مثل الضغط على زر وإطلاق مظلات لمنعك من الاصطدام بقوة كبيرة بجدار من الطوب، أو السقوط بقوة وبسرعة كبيرة بحيث تنسحق جميع عظام جسدك العاطفي. يمكن للصلاة أن تكون مكابحك. أو، إذا كان إيمانك كبيرًا بما فيه الكفاية، يمكن للصلاة أن تكون بمنزلة المُسرِّع لك، وتساعدك في إرسال رسالة إلى الكون حول الاتجاه الذي ترغب في الذهاب إليه. تتضمن معظم ديانات العالم شكلًا من أشكال التوقف والتواصل مع الكائن الداخلي؛ لذلك هناك ركوع وانحناء وهناك وضعيات مثل وضعية اللوتس واستلقاء على الأرض. كما أنها تستخدم الحركة للانفصال عن الحياة اليومية وإعادة الاتصال بأفكار أكبر عن الوجود، لذلك هناك موسيقى وطقوس. أنت بحاجة إلى كلا الأمرين للخروج من الاكتئاب. الأشخاص الذين لديهم درجة من الإيمان قبل أن يصلوا إلى ظلمة الهاوية الدامسة لديهم طريق للخروج من هناك. المفتاح هو إيجاد التوازن في وسط الظلام. وهنا يمكن أن تكون الأديان ذات قيمة لأن الزعماء الدينيين ماهرون في توفير الاستقرار وتوجيه الناس على طول مسارات راسخة للخروج من الظلام. إذا تمكنت من إيجاد التوازن في العالم الخارجي، فقد تتمكن في النهاية من تحقيق التوازن داخل نفسك، وبالتالي استعادة حريتك».

لا يستطيع معظم الأفراد التغلب على الاكتئاب الحاد ببساطة من خلال قوة الإرادة والقتال؛ فهو إما يتطلب العلاج وإما مرور الوقت. ومع ذلك، في أثناء خضوعك للعلاج أو انتظاره حتى

يمر وينتهي، من الضروري مواصلة القتال. إن تناول الدواء كجزء من المعركة يعني خوض معركة شرسة، أما رفض تناوله فسيكون كتدمير للذات بشكل مثير للسخرية مثل الدخول في حرب حديثة على ظهور الخيل. ليس من الضعف أن تتناول الأدوية؛ وهو لا يعني أنك لا تستطيع التعامل مع حياتك الشخصية؛ بل إنها شجاعة. كما أنه ليس من الضعف طلب المساعدة من معالج حكيم. الإيمان بالله وأي شكل من أشكال الإيمان بنفسك أمر عظيم. يجب أن تأخذ علاجاتك، بجميع أنواعها، معك إلى المعركة. لا يمكنك الانتظار حتى تُعالَج. كتبت شارلوت برونتي: «يجب أن يكون العمل هو العلاج، وليس التعاطف، فالعمل هو العلاج الجذري الوحيد للحزن المتأصل».[38] وعلى الرغم من أن العمل وحده قد لا يكون الحل الكامل، فإنه في الواقع الحل الوحيد. حتى السعي وراء السعادة بحد ذاته يمكن أن يكون عملًا كبيرًا وصعبًا.

ومع ذلك، نعلم جميعًا أن العمل وحده لا يمكن أن يجلب السعادة. كتبت شارلوت برونتي أيضًا في رواية «**فيليت**»: «لا يوجد شيء أكثر سخافة في هذا العالم من أن يُطلب منا غرس السعادة في حياتنا وتنميتها. ما الذي تعنيه مثل هذه النصيحة أصلًا؟ السعادة ليست حبة بطاطس، تُزرع، وتُحرث بالسماد. السعادة هِبة إلهية تنهمر علينا من السماء. إنها نعمة إلهية». لا يمكن إنكار دور الحظ، فهو غالبًا ما يمنحنا لحظات من السعادة على ما يبدو عن طريق الصدفة. يستجيب الأفراد المختلفون للعلاجات المختلفة بطرق مختلفة. بينما يتعافى البعض تلقائيًّا بعد صراع قصير، قد يجد البعض الآخر الراحة من خلال الأدوية أو العلاج بالكلام. بعض الناس يتعافون تلقائيًّا بعد نوبة قصيرة. وبعض الذين لا يتحملون الدواء يمكنهم في الواقع تحقيق الكثير من خلال العلاج بالكلام؛ وبعض الذين أمضوا أكثر من آلاف الساعات في التحليل النفسي يتحسنون في اللحظة التي يتناولون فيها الأدوية. يتعافى البعض من نوبة واحدة عن طريق علاجٍ ما ثم يقعون في نوبة أخرى تتطلب علاجًا مختلفًا. يعاني بعض الأشخاص اكتئابًا عنيدًا لا ينقشع أبدًا، بغض النظر عما يفعلونه. ويعاني البعض آثارًا جانبية مروعة من كل أشكال العلاج، وبعضهم لا يواجه أبدًا أدنى مشكلة من العلاجات التي تبدو بشعة. قد يأتي وقت يمكننا فيه تحليل الدماغ وجميع وظائفه، بحيث نكون قادرين على تفسير ليس فقط جذور الاكتئاب ولكن أيضًا أسباب كل هذه الاختلافات. في الوقت الحالي، يجب أن نتقبل أن القدر قد ابتلى البعض منا بضعفٍ قوي تجاه الاكتئاب، وأن من بين أولئك الذين يحملون مثل هذا الضعف، بعضهم لديه أدمغة تستجيب للعلاج والبعض الآخر لديهم أدمغة مقاومة للعلاج. أولئك منا الذين يمكنهم أن يتحسنوا بشكل كبير بأي شكل من الأشكال يجب أن نعتبر أنفسنا، بغض النظر عن مدى خطورة الانهيارات التي نواجهها، من بين المحظوظين. ويجب علينا علاوة على ذلك أن نتعامل مع أولئك الذين لا يمكنهم الشفاء بالصبر والتقبل. إن المرونة النفسية هي هِبة موجودة بكثرة، ولكنها ليست للجميع، ولا يوجد سر في هذا الكتاب أو في أي مكان آخر يمكن أن يساعد أقل الأشخاص حظًّا.

الفصل الرابع

البدائل

كتب أنطون تشيخوف ذات مرة: «إذا وُصِفت العديد من العلاجات لمرض ما، فيمكنك أن تكون على يقين من أن المرض ليس له علاج».[1] توصف العديد من العلاجات لعلاج الاكتئاب، وبالإضافة إلى التدابير والإجراءات التقليدية، هناك عدد مذهل من البدائل. بعضها رائع وقد يكون مفيدًا للغاية، والبعض الآخر سخيف تمامًا. توجد عجائب قصصية في كل مكان. قليل من هذه العلاجات البديلة يكون ضارًّا للغاية، ربما باستثناء ما يتعلق بالمال؛ ويأتي الخطر الحقيقي الوحيد عندما تُستَخدَم العلاجات الخيالية بدلًا من العلاجات الفعالة. ويعكس الكم الهائل من العلاجات البديلة التفاؤل المستمر في مواجهة مشكلة الألم العاطفي المستعصية.

في أعقاب منشوراتي السابقة عن الاكتئاب، تلقيت مئات الرسائل من أشخاص في تسعة بلدان مختلفة ومعظم الولايات الخمسين، الذين أرادوا، بشكل مؤثر، إخباري عن العلاجات البديلة. كتبت امرأة من ميشيجان أنه بعد سنوات من تجربة كل دواء، وجدت أخيرًا الحل الحقيقي، وهو «صنع الأشياء بالخيوط». عندما رددت عليها لأسألها عما فعلته بالخيوط، أرسلت لي صورة رائعة لنحو ثمانين دبًّا صغيرًا متطابقًا صنعتها بألوان قوس قزح. أثارت امرأة أخرى من مونتانا مخاوفها، مشيرة إلى أن التأثيرات التي وصفتها في كتاباتي كانت بسبب التسمم المزمن الناتج عن السموم البيئية. وأوصت بفحص المناطق المحيطة بحثًا عن الأشياء السامة المحتملة، مثل المبيدات الحشرية أو الأرضيات السفلية المصنوعة من الخشب الحبيبي. ولكن يمكنني أن أقول بكل ثقة إن منزلي، الذي كشفت لي أحشاؤه الداخلية خلال عقد من كوارث السباكة والأسلاك، لا يحتوي إلا على أرضيات خشبية على إطار خشبي. اعتقد

أحد قُرائي الآخرين أنني مصاب بالتسمم بالزئبق بسبب حشوات أسناني (لكن ليس لدي أي حشوات في أسناني). وكتب لي أحدهم رسالة مجهولة يقول فيها إنني أعاني انخفاض نسبة السكر في الدم. وتطوع شخص آخر لمساعدتي في العثور على معلم إذا أردت تجربة دروس الرقص النقري. وأراد شخص ما في ماساتشوستس أن يخبرني بكل شيء عن الارتجاع البيولوجي. وسألني رجل في ميونيخ عما إذا كنت أرغب في استبدال الحمض النووي الريبوزي الخاص بي، وهو العرض الذي رفضته بأدب. أما الاقتراح المُفضل لدي فقد جاء من امرأة في توكسون كتبت ببساطة: «هل فكرت يومًا في مغادرة مانهاتن؟».

وعلى الرغم من حالتي، فإن تأثيرات التسمم بالفورمالدهيد يمكن أن تكون في الواقع مشابهة لأعراض مرض الاكتئاب. وكذلك الأمر بالنسبة إلى السمية العصبية الناجمة عن التسمم بالزئبق الناتج عن حشوات الأسنان. ويرتبط انخفاض نسبة السكر في الدم بالمزاج المكتئب. لا أستطيع أن أشهد على الإمكانات العلاجية لدروس الرقص النقري، لكن النشاط البدني من أي نوع منضبط يمكن أن يكون بمنزلة مُحسِّن للمزاج. حتى الحركة اليدوية المتكررة لصنع الأشياء من الخيوط يمكن أن تساعد في ظل الظروف المناسبة. ومن المؤكد أن مغادرة مانهاتن ستخفض مستوى التوتر لدي. تجربتي هي أنه لا يوجد أحد، بغض النظر عن مدى ما يبدو عليه من جنون للوهلة الأولى، مخطئ تمامًا. يحقق العديد من الأشخاص نتائج جيدة بشكل مدهش من خلال مساعٍ مختلفة. لدى سيث روبرتس، من قسم علم النفس بجامعة كاليفورنيا في بيركلي، نظرية مفادها أن بعض حالات الاكتئاب مرتبطة بالاستيقاظ بمفردك، وأن تجربة وجود شخص تنظر إليه وتتحدث معه لمدة ساعة مع بداية اليوم قد تساعد. ويمتلك مرضاه أشرطة فيديو تشبه البرامج الحوارية التي تستخدم كاميرا واحدة بحيث يبقى الرأس على الشاشة بالحجم الطبيعي. إنهم يشاهدون هذه المقاطع خلال الساعة الأولى من يومهم، ويشعر عدد كبير منهم بتحسن كبير بأعجوبة. قال لي أحد مرضاه: «لم أكن أعلم قط أن التلفزيون يمكن أن يكون أفضل صديق لي». إن التخفيف من الشعور بالوحدة، حتى في هذا الشكل الهزلي، يمكن أن يكون له تأثير عظيم.

لقد حظيت بسلسلة من اللقاءات المباركة مع رجل أطلقت عليه «المشعوذ غير الكفء». كتب لي المشعوذ غير الكفء عن علاجات الطاقة التي يمارسها، وبعد بعض المراسلات الكبيرة، دعوته إلى منزلي لعرض عمله. لقد كان لطيفًا للغاية ومليئًا بالنوايا الحسنة، وبعد بضع دقائق من المناقشة بدأنا العمل. لقد جعلني أجمع إصبعَي الإبهام والوسطى من يدي اليسرى معًا لأُشكِّل حرف O ثم أُشكِّل حرف O مماثلًا بيدي اليمنى. ثم جعلني أربط الاثنين معًا. ثم طلب مني أن أقرأ عددًا من الجمل، زاعمًا أنني عندما أقول الحقيقة تصمد أصابعي في وجه محاولاته إبعادها عن بعضها، ولكن عندما أكذب تضعف أصابعي. يمكنك أن تتخيل مدى الوعي الذاتي الذي شعرت به عندما كنت أجلس في غرفة المعيشة الخاصة بي وأقول أشياء مثل «أنا أكره نفسي» بينما كان رجل حسن النية يرتدي بدلة زرقاء فاتحة يجذبني من يدي. إن

وصف جميع الإجراءات التي أعقبت ذلك سيتطلب صفحات كثيرة، ولكن الجزء الأكثر سخافة حدث عندما بدأ ينشد بعض الكلمات بجانبي ثم نسي في منتصف الأمر ما كان من المفترض أن ينشده. قال: «انتظر لحظة واحدة فقط»، ثم بحث في حقيبته حتى وجد: «أنت تريد أن تكون سعيدًا. ستكون سعيدًا». قررت أن أي شخص لا يتذكر هاتين الجملتين هو أحمق كبير، وببعض الجهد تمكَّنت من إخراج المشعوذ غير الكفء من منزلي. منذ ذلك الحين، سمعت من المرضى الذين لديهم تجارب أكثر إيجابية مع العلاج بالطاقة، وأنا أعترف بأن بعض الأفراد يجدون النجاح في عكس «قطبية أجسادهم» وتحقيق حب الذات من خلال هذه الأساليب. ومع ذلك، ما زلت متمسكًا بشكوكي، على الرغم من أنني لا أستطيع أن أنكر أن بعض المشعوذين أكثر مهارة في العرض من المشعوذ غير الكفء الخاص بي.

وبما أن الاكتئاب هو مرض يأتي في شكل نوبات ويهدأ مؤقتًا دون أي علاج، فقد ينسب المرء الفضل إلى أي نشاط، سواء كان عديم الفائدة أو مفيدًا، في تحسينه في نهاية المطاف. وفي اعتقادي المطلق أنه في مجال الاكتئاب، لا يوجد شيء اسمه علاج وهمي (بلاسيبو). إذا كنت مصابًا بالسرطان وجربت علاجًا غريبًا ثم اعتقدت أنك أفضل، فقد تكون مخطئًا. أما إذا كنت تعاني الاكتئاب وجربت علاجًا غريبًا واعتقدت أنك أفضل، فأنت أفضل. الاكتئاب مرض يصيب عمليات التفكير والعواطف، وإذا أدى شيءٌ ما إلى تغيير عمليات التفكير والعواطف في الاتجاه الصحيح، فهو يعدُّ شكلًا من أشكال التعافي. بصراحة، أعتقد أن أفضل علاج للاكتئاب هو الإيمان، وهو في حد ذاته أكثر أهمية مما تؤمن به. إذا كنت تؤمن حقًّا أنه يمكنك تخفيف اكتئابك من خلال الوقوف على رأسك والبصق لمدة ساعة بعد ظهر كل يوم، فمن المرجح أن يفيدك هذا النشاط غير المريح.

تلعب التمارين الرياضية والنظام الغذائي دورًا مهمًّا في تطور الأمراض الوجدانية، وأعتقد أنه يمكن تحقيق قدر كبير من التحكم من خلال الأنظمة الجيدة للنشاط البدني والتغذية.[2] من بين العلاجات البديلة الأكثر أهمية، يمكن الإشارة إلى التحفيز المغناطيسي المتكرر عبر الجمجمة (rTMS)؛ واستخدام اللوحات الضوئية للأشخاص الذين يعانون الاضطراب العاطفي الموسمي (SAD)؛ والعلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين (EMDR)؛ وعلاجات التدليك؛ والتنويم المغناطيسى؛ والعلاج بالحرمان من النوم؛ وعشبة القديس يوحنا؛ ومادة إس أدينوسيل - إل ميثيونين؛ والطب التجانسي؛ وطب الأعشاب الصيني؛ العلاجات الجماعية؛ مجموعات الدعم؛ والجراحة النفسية. ولا يمكننا هنا مناقشة كل علاج أعطى نتيجة معقولة.

يقول ريتشارد فريدمان من مستشفى باين ويتني: «ممارسة الرياضة هي الخطوة الأولى لجميع مرضاي. إنها تساعد الجميع». أكره ممارسة التمارين الرياضية، ولكن بمجرد أن أتمكن من إخراج نفسي من السرير، أمارس بعض التمارين الرياضية؛ أو أذهب إلى صالة الألعاب

الرياضية إذا كان بإمكاني. عندما كنت أتعافى من الاكتئاب، لم تكن نوعية التمارين مهمة؛ كانت أجهزة المشي هي الأسهل. شعرت كما لو أن ممارسة الرياضة ساعدت في إزالة الاكتئاب من دمي، كما لو أنها ساعدتني على أن أصبح أكثر صفاء. يقول جيمس واتسون، رئيس مختبر كولد سبرينج هاربور وأحد مكتشفي الحمض النووي: «إنها مسألة واضحة للغاية. ممارسة الرياضة تنتج الأندروفين. الأندورفين هو مورفين داخلي يجعلك تشعر بالارتياح إذا كنت في حالة شعورية طبيعية، ويجعلك تشعر بالتحسن إذا كنت تشعر بالسوء. عليك أن تنشط هذه الإندورفينات، فهي في نهاية المطاف مصدر للناقلات العصبية أيضًا، وبالتالي فإن التمارين الرياضية ستعمل على رفع مستويات الناقلات العصبية لديك». علاوة على ذلك، فإن الاكتئاب يجعل جسمك ثقيلًا وبطيئًا؛ كما أن كونك ثقيلًا وبطيئًا يؤدي إلى تفاقم الاكتئاب. إذا واصلت تحريك جسدك، بقدر ما تستطيع، فإن عقلك سوف يحذو حذوه. إن التمرين الجاد حقًّا هو أكثر الأفكار إثارة للاشمئزاز التي يمكن أن أتخيلها عندما أشعر بالاكتئاب، وليس من الممتع القيام به على الإطلاق، ولكن بعد ذلك أشعر دائمًا بتحسن كبير للغاية. تعمل التمارين الرياضية على تخفيف القلق أيضًا؛ فعندما تمارس تمارين مثل تمارين البطن، فإن ذلك يساعد على تبديد الطاقة العصبية، وهذا يساعد على احتواء الخوف غير العقلاني.

أنت ما تأكله؛ صحيح أنه لا يمكنك شفاء الاكتئاب بمجرد اختيار الأطعمة المناسبة، لكن من المؤكد أنه من الممكن أن تصاب بالاكتئاب عن طريق الفشل في تناول الأطعمة الصحيحة، ويمكنك إلى حد ما الحماية من تكرار الإصابة بالاكتئاب من خلال المراقبة الدقيقة للنظام الغذائي.[3] يبدو أن السكر والكربوهيدرات تزيد من امتصاص التريبتوفان في الدماغ، الذي بدوره يرفع مستويات السيروتونين. كما أن فيتامين ب6، الموجود في الحبوب الكاملة والمحاريات، مهم لتخليق السيروتونين، لذا فانخفاض مستوياته قد يُعجل بالاكتئاب. وقد رُبِط انخفاض الكوليسترول بأعراض الاكتئاب. لم تُجرَ دراسات بعد، لكن اتباع نظام غذائي جيد يتكون من الإستاكوزا وموس الشوكولاتة قد يفعل الكثير لتحسين الحالة الذهنية للشخص. يقول واتسون: «إن تركيز القرن العشرين على اتباع نظام غذائي صحي بدنيًّا، ربما أدى إلى اتباع نظام غذائي غير صحي نفسيًّا». ويعتمد تركيب الدوبامين أيضًا على فيتامينات ب، وخاصة ب12 (الموجود في الأسماك ومنتجات الألبان) وحمض الفوليك (الموجود في كبد العجل والقرنبيط)، وكذلك على المغنيسيوم (الموجود في سمك القد والماكريل وجنين القمح). غالبًا ما يعاني الأشخاص المصابون بالاكتئاب مستويات منخفضة من الزنك (الموجود في المحار، والهندباء، والهليون، والديك الرومي، والفجل)، وفيتامين ب (الموجود في البيض، وخميرة البيرة، والدواجن)، والكروم؛ وهذه العناصر الثلاثة استُخدِمت لعلاج الاكتئاب. ترتبط المستويات المنخفضة من الزنك بشكل خاص باكتئاب ما بعد الولادة، حيث إن جميع مخزونات

الزنك الاحتياطية تنتقل من الأم الحامل إلى الطفل في نهاية الحمل. لذا يمكن لزيادة تناول الزنك أن تُحسن المزاج. إحدى النظريات المتداولة هي أن الأشخاص في منطقة البحر الأبيض المتوسط يعانون اكتئابًا أقل بسبب كمية زيت السمك الغني بفيتامينات ب التي يستهلكونها، مما يرفع مستوى أحماض أوميجا 3 الدهنية. إن الأدلة الداعمة للتأثير المفيد لأحماض أوميجا 3 الدهنية على المزاج هي الأقوى على الإطلاق.[4]

وفي حين أن هذه المواد الغذائية قد تكون فعَّالة في الوقاية من الاكتئاب، إلا أن هناك موادًا غذائية أخرى قد تسبب الاكتئاب. توضح فيكي إيدجسون، مؤلفة كتاب «طبيب الطعام»، أن «العديد من الأوروبيين يعانون حساسية القمح، والعديد من الأمريكيين يعانون حساسية الذرة». ويمكن أن تؤدي الحساسية الغذائية أيضًا إلى الإصابة بالاكتئاب. «تصبح هذه المواد الشائعة سمومًا في الدماغ مما يؤدي إلى حدوث جميع أنواع الاضطرابات النفسية والعقلية». يصاب العديد من الأشخاص بأعراض الاكتئاب كجزء من متلازمة إرهاق الغدة الكظرية، نتيجة الإفراط في تناول السكريات والكربوهيدرات. «إذا كان مستوى السكر في الدم يتقلب باستمرار، أي ينخفض ويرتفع على مدار اليوم، نتيجة الحلويات والوجبات السريعة، فسوف يسبب ذلك مشكلات في النوم. ولن يحدَّ من قدرة الأشخاص على التأقلم طوال اليوم فحسب، بل سيحدُّ أيضًا من الصبر والتسامح مع الآخرين. يشعر الأشخاص المصابون بهذه المتلازمة بالتعب طوال الوقت؛ ويفقدون الرغبة الجنسية، ويتألمون في كل أنحاء جسدهم. فالضغط على أنظمتهم يكون مدمرًا». يصاب بعض الأشخاص بالداء البطني، الذي يؤثر على الصحة بشكل عام. يقول إدجسون: «يلجأ الأشخاص المصابون بالاكتئاب أحيانًا إلى القهوة لزيادة الطاقة، معتقدين أنها تساعد، ولكنها في الواقع يمكن أن تستنزف الطاقة وتثير القلق». وبطبيعة الحال، يؤثر الكحول أيضًا بشكل كبير على الجسم. يقول إدجسون: «في بعض الأحيان، يكون الاكتئاب طريقة جسدك لإخبارك بالتوقف عن الإساءة إليه؛ إنه دليل على كيفية انهيار الأمور».

كان روبرت بوست في المعهد الوطني للصحة النفسية يعمل على التحفيز المغناطيسي المتكرر عبر الجمجمة (rTMS)، الذي يستخدم المغناطيسية لإنشاء تحفيز استقلابي يشبه إلى حد كبير ذلك الذي يحدث في العلاج بالصدمات الكهربائية، ولكن بمستويات أقل.[5] تسمح التكنولوجيا الحديثة بتركيز المغناطيسية لتوفير تحفيز مكثف لمناطق معينة من الدماغ. وفي حين أنه يجب رفع التيار الكهربائي إلى مستوى عالٍ جدًّا حتى يتمكن من المرور عبر الجمجمة وفروة الرأس إلى الدماغ، فإن التدفقات المغناطيسية تنتقل عبرها بسهولة. لذا فإن العلاج بالصدمات الكهربائية يسبب نوبة دماغية، بينما لا يسبب العلاج المغناطيسي المتكرر عبر الجمجمة ذلك. يقترح بوست أنه مع تقدم التصوير العصبي، قد يكون من الممكن في نهاية المطاف تحديد مناطق الاكتئاب في الدماغ وتوجيه التحفيز المغناطيسي إلى تلك المناطق،

وتخصيص العلاج ليتوافق مع الشكل المحدد للمرض. كما يوفر التحفيز المغناطيسي إمكانية الحصول على دقة هائلة؛ إذ يمكن تركيزه بدقة. يقول بوست: «في وقت ما، قد نستخدم التكنولوجيا لوضع غطاء على رأسك، مثل مجفف الشعر القديم، الذي سوف يمسح دماغك ويلتقط مناطق التمثيل الغذائي المنخفض، ثم يركِّز بعد ذلك التحفيز على تلك المناطق. وبعد نصف ساعة، ستغادر وقد أُعيد التوازن إلى دماغك».

* * *

اكتشف نورمان روزنتال الاضطراب العاطفي الموسمي (SAD) عندما انتقل من جنوب إفريقيا إلى الولايات المتحدة وبدأ يعاني نوبات الكآبة الشتوية.[6] يعاني العديد من الأشخاص تغيرات موسمية في المزاج ويصابون باكتئاب الشتاء المتكرر. إن تغيرات المواسم -التي وصفها أحد المرضى بأنها «تقاطع النيران بين الصيف والشتاء»- هي فترة صعبة على الجميع. يختلف الحزن عن مجرد عدم الإعجاب بالأيام الباردة. يرى روزنتال أن البشر خُلقوا لديهم القدرة للاستجابة للتغيرات الموسمية، وهو ما لا يسمح به الضوء الاصطناعي والقيود الاصطناعية للحياة الحديثة. عندما تصبح الأيام أقصر، يلجأ الكثير من الناس إلى الانعزال، و«مطالبتهم بالقيام بمهامهم في مواجهة الانغلاق البيولوجي لديهم هو دعوة للاكتئاب. إذ كيف سيكون شعور الدب القطبي إذا أردته أن يدخل السيرك ويقف على رجليه الخلفيتين ويرقص طوال الشتاء في أثناء سباته الشتوي؟» لقد أظهرت التجارب أن الاضطراب العاطفي الموسمي يتأثر بالضوء، مما يؤثر على إفراز الميلاتونين وبالتالي يؤثر على أنظمة الناقلات العصبية. يحفز الضوء منطقة ما تحت المهاد، التي تعتمد عليها العديد من العمليات التي يؤثر عليها الاكتئاب كالنوم والأكل ودرجة الحرارة والرغبة الجنسية. يؤثر الضوء أيضًا على تخليق السيروتونين في شبكية العين. يوفر اليوم المشمس قدرًا من الضوء يصل إلى ثلاثمائة ضعف ما يوفره الجزء الداخلي العادي من المنزل.[7] إن العلاج الذي يوصف عمومًا لمرضى الاضطراب العاطفي الموسمي هو استخدام صندوق ضوئي أو لوحة ضوئية، الذي يُسلط ضوءًا ساطعًا عليك. تصيبني الصناديق الضوئية بالدوار قليلًا، وأشعر وكأنها تتحدى عيني، لكنني أعرف أشخاصًا يحبونها. يرتدي البعض في الواقع أقنعة خفيفة، أو صناديق ضوئية مثبتة على الرأس. تبين أن الصندوق المُضيء، وهو أكثر سطوعًا بكثير من الإضاءة الداخلية العادية، يرفع مستويات السيروتونين في الدماغ. ويشير روزنتال إلى أن «الأفراد الذين يعانون الحزن والكآبة في الخريف يُشبهون أوراق الشجر التي تتساقط من الأشجار، لكن عند علاجهم عن طريق التعرض المكثف للضوء، يبدو ذلك بالنسبة إليهم كمشاهدة قدوم فصل الربيع».

نشأ علاج العلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين (EMDR) في عام 1987 لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة.[8] هذه التقنية هزلية بعض الشيء. يحرِّك المعالج يده بمعدلات مختلفة عبر مجال رؤيتك المحيطية اليمنى ثم رؤيتك المحيطية اليسرى،

وبالتالي تحفيز عين واحدة ثم الأخرى. وفي نسخة مختلفة من هذه التقنية، يمكنك ارتداء سماعات الرأس التي تتبادل فيها الأصوات لتحفيز أذن واحدة ثم الأخرى؛ أو في الاحتمال الثالث، تحمل هزازات صغيرة، واحدة في كل يد، وتنبض بالتناوب. في أثناء حدوث ذلك، تمر بعملية ديناميكية نفسية تتمثل في تذكر الصدمة التي تعرضت لها وتعيد معايشتها، وفي نهاية الجلسة تتحرر منها. في حين أن العديد من العلاجات -التحليل النفسي، على سبيل المثال- تحتوي على نظريات جميلة لكن نتائج محدودة، فإن العلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين له نظريات سخيفة ونتائج ممتازة. يتوقع ممارسو العلاج أنه يعمل عن طريق تحفيز الدماغ الأيسر والأيمن بالتناوب السريع، مما يساعد على نقل الذكريات من مركز تخزين في الدماغ إلى آخر. لكن هذا يبدو غير مرجح. ومع ذلك، فإن شيئًا ما يتعلق بالتحفيز المتذبذب لـتلك التقنية له تأثير كبير.

بات يُستَخدم العلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين بشكل متزايد لعلاج الاكتئاب. ونظرًا لأن هذه التقنية تستخدم ذكريات الصدمة، فإنها غالبًا ما توصف كعلاج للاكتئاب الناتج عن الصدمة مقارنة بالاكتئاب الأكثر عمومية. لقد جربت جميع أنواع التقنيات في أثناء دراستي لهذا الكتاب، بما في ذلك تلك التقنية. لقد كنت مقتنعًا بأنه نظام لطيف ولكنه غير مفيد وفوجئت كثيرًا بالنتائج. لقد قيل لي إن هذه التقنية «تُسرع عملية المعالجة»، لكن ذلك لم يؤهلني لكثافة التجربة. وضعت السماعات وحاولت التفكير في ذكرياتي. غمرتني صور قوية بشكل لا يصدق من الطفولة، وأشياء لم أكن أعرف أنها موجودة حتى في ذهني. لم أتمكن من تكوين ارتباطات في أي وقت من الأوقات على الإطلاق؛ إذ أصبح ذهني أسرع من أي وقت مضى. لقد كانت تجربة مثيرة، وقد قادني المعالج البارع لهذه التقنية الذي كنت أعمل معه إلى تذكر جميع أنواع صعوبات الطفولة المنسية. لست متأكدًا من أن تلك التقنية لها تأثير فوري كبير على الاكتئاب الذي لا ينجم عن صدمة واحدة محددة، لكنها كانت تقنية مُحفزة ومثيرة للاهتمام للغاية لدرجة أنني خضعت لعشرين جلسة منها.

يقول ديفيد جراند، معالج التحليل النفسي الذي يستخدم الآن العلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين مع جميع مرضاه، «يمكن لـهذه التقنية أن تساعد الشخص في غضون ستة إلى اثني عشر شهرًا على القيام بما لا يمكن القيام به في خمس سنوات من العلاج العادي. أنا لا أقارن بشكل مجرد، بل أقارن عملي بهذه التقنية مع عملي دونها. إن تنشيط هذه التقنية يتجاوز الأنا ويثير استجابات عميقة وسريعة ومباشرة. إن العلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين ليس نهجًا مثل النهج المعرفي أو التحليل النفسي؛ إنه أداة. لا يمكنك أن تكون مجرد معالج عام بهذه التقنية. عليك أن تكون معالجًا جيدًا أولًا ثم تكتشف كيفية دمجها في عملك. قد تكون غرابة التقنية مثيرة للنفور، لكنني أفعل ذلك منذ ثماني سنوات، ولا أتخيل العودة إلى العلاج دون هذه التقنية في ضوء ما أعرفه الآن. سيكون ذلك بمنزلة انحدار هائل؛ بمنزلة العودة إلى البدائية». كنت دائمًا ما أخرج من عيادة معالجي

بهذه التقنية وأنا منتشٍ؛ والأشياء التي تعلمتها بقيت معي وأثْرت عقلي الواعي. إنها عملية قوية وذات تأثير، وأوصي بها.

في أكتوبر 1999، سافرت إلى سيدونا بولاية أريزونا، للحصول على تدليك روحاني استرخائي لمدة أربعة أيام في وقت كنت أعاني فيه ضغوطًا شديدة.[9] أنا بشكل عام متشكك إلى حد ما بشأن العلاجات الروحية الحديثة، وقد استقبلت «المحللة» التي ستجري علاجي الأول بشيء من الشك وهي تضع بلوراتها في نهاية الغرفة وتخبرني عن أحلامها. لست مقتنعًا بأن الهدوء الداخلي العميق هو نتيجة تلقائية للرش بالزيوت المتتابعة من وادي شاكو المقدس والتبت، وأشك أن خيط حبات الكوارتز الوردية التي وضعتها على عيني كانت متصلة حقًّا مع الشاكرات الخاصة بي؛ ولا أعتقد أن الأناشيد السنسكريتية التي امتلأت بها الغرفة كانت تبث رسائل مضادة للاكتئاب في مسارات الطاقة الخاصة بي. بعد كل ما قيل، فإن أربعة أيام من التعامل اللطيف من قِبل نساء جميلات في منتجع فخم قد ساعدتني كثيرًا، وغادرت البلاد بسلام. يبدو أن علاجي الأخير -تدليك القحف العجزي- كانت له آثار مفيدة بشكل خاص: لقد غمرني صفاء معين واستمر لعدة أيام.

أعتقد أن التدليك المكثف، الذي يوقظ الجسد الذي فصله الاكتئاب عن العقل، يمكن أن يكون جزءًا مفيدًا من العلاج. لا أعتقد أن تجربتي في سيدونا كان من الممكن أن تفعل شيئًا لشخص غارق في أعماق الاكتئاب الشديد، ولكنها كانت رائعة جدًّا كأسلوب استرخاء. يدَّعي المُنظر روجر كالاهان أنه يمزج بين الكنيزيولوجيا (علم حركات الجسم) والطب الصيني التقليدي.[10] يفترض كالاهان أننا نتغير على أساس خلوي أولًا، ثم على أساس كيميائي، ثم على أساس فسيولوجي عصبي، ثم على المستوى المعرفي. ويقول: لقد عملنا بشكل عكسي في علاج الجانب المعرفي أولًا والفسيولوجي العصبي ثانيًا؛ بينما هو يبدأ باستجابات العضلات. لديه العديد من المتابعين. وعلى الرغم من أن ممارساتهم تبدو سخيفة بالنسبة لي، فإن فكرة البدء من الجانب المادي تبدو ذكية إلى حد ما. فالاكتئاب هو بلاء جسدي، والعامل الجسدي يساعد.

خلال الحرب العالمية الثانية، اضطر العديد من الجنود البريطانيين إلى قضاء فترات طويلة في المحيط الأطلسي بعد أن تعرضت سفنهم لهجمات قوية. لم يكن الجنود الذين امتلكوا أفضل معدل للبقاء على قيد الحياة هم الأكثر شبابًا وقدرة، بل الأكثر خبرة، الذين غالبًا ما كانت لديهم صلابة روحية تتجاوز حدود أجسادهم. لاحظ المعلم كيرت هان أن مثل هذه الصلابة يجب تعلمها، وأسَّس منظمة أوتورد باوند، وهي الآن اتحاد كبير من الجمعيات المنتشرة في جميع أنحاء العالم. من خلال لقاءات منظمة في البرية، تحاول المنظمة الالتزام بأهداف هان الذي يقول: «أنا أعتبر أن المهمة الأولى للتعليم هي ضمان بقاء هذه الصفات: الفضول المغامر؛ الروح التي لا تهزم؛ المثابرة في السعي؛ الاستعداد لإنكار الذات بشكل معقول؛ وفوق كل شيء الرحمة».[11]

في صيف عام 2000، ذهبت في رحلة استكشافية مع مدرسة هوريكان آيلاند التابعة لشركة أوتورد باوند. لم يكن من الممكن قط أن أقوم بذلك وأنا في حالة اكتئاب، لكن القيام بذلك عندما لم أكن مكتئبًا بدا أنه يقوي الأشياء التي تقاوم الاكتئاب بداخلي. كانت الدورة صارمة، وفي بعض الأحيان كانت قاسية للغاية، ولكنها كانت ممتعة أيضًا وجعلتني أشعر بالارتباط بالعمليات الطبيعية في العالم بأسره، مما وفر لي شعورًا عميقًا بالأمان. مسألة أن يأخذ المرء مكانه في سلسلة الأبدية أمر مطمئن بشكل لا يصدق. ذهبنا للتجديف في البحر، وكانت أيامنا مليئة بالمجهود العضلي. في اليوم العادي، كنا نستيقظ في نحو الساعة الرابعة صباحًا، ثم نركض لمسافة ميل، ثم نذهب إلى منصة ترتفع نحو ثمانية وعشرين قدمًا فوق سطح البحر ونقفز منها إلى مياه ماين المتجمدة. ثم نُفكك المخيم ونحزم مؤنتنا في قوارب الكاياك الخاصة بنا، ثم نحمل قوارب الكاياك -وهي قوارب لشخصين يبلغ طولها نحو 22 قدمًا- إلى البحر. كنا نجدف ربما لمسافة خمسة أميال ضد المد (بسرعة تزيد قليلًا على ميل في الساعة) حتى نصل إلى مكان يمكننا التوقف فيه لتناول الإفطار، ونستريح ونطبخ ونأكل هناك. ثم نعود إلى القوارب ونجدِّف لمسافة خمسة أميال أخرى، ثم نصل إلى موقعنا لقضاء الليل. كنا نتناول الغداء ثم نتدرب على عمليات الإنقاذ المساعدة، ونقلب قواربنا ونحرِّر أنفسنا تحت الماء من الحزام الذي كان يقيدنا، ونقلب القوارب إلى وضعيتها الصحيحة في البحر، ونعيد إخراجها. ثم يذهب كلٌّ منا بشكل فردي إلى أماكن منفصلة للنوم، حيث يمتلك كل شخص كيس نوم، وزجاجة ماء، وقماشًا بلاستيكيًّا، وقطعة من الخيط. ولحسن الحظ، كانت الشمس مشرقة خلال رحلتي؛ لكننا كنا سنلتزم بالبرنامج نفسه لو كان هناك صقيع ينزل علينا. كان معلمونا رائعين، أشخاصًا بدا أنهم أقوياء تمامًا بل وحكماء في بعض الأحيان. ومن خلال لقاءاتنا القريبة مع البرية، ومن خلال تدخلاتهم الدقيقة، اكتسبنا جزءًا من كفاءتهم الشديدة.

في بعض الأحيان، كنت أتمنى لو لم آتِ قط، وشعرت أن العلامة الأخيرة لجنوني هي أنني وافقت على تجريد حياتي من كمالياتها بهذه الطريقة. لكنني شعرت أيضًا أنني على اتصال بشيء عميق. إذ تشعر بشعور كبير من الانتصار عندما تعيش في عالم الطبيعة غير المُحسن، حتى لو كنت تفعل ذلك في قوارب الكاياك المصنوعة من الألياف الزجاجية. كانت الحركة الإيقاعية للتجديف مهدئة، كما كان الضوء الطبيعي، وبدا أن أمواج المحيط تتزامن مع تدفق الدم إلى القلب، مما أدى إلى تقليل حزني تدريجيًّا. لقد ذكَّرتني تجارب «أوتورد باوند» بعدة طرق بالتحليل النفسي؛ فقد كانت بمنزلة عملية اكتشاف للذات تجاوزت حدود فهم الفرد. وهي في هذا الصدد تتماشى مع رؤية مؤسسها. كتب هان: «دون اكتشاف الذات، موسعًا فكرة نيتشه، قد يظل الشخص يتمتع بالثقة بالنفس، لكنها ثقة مبنية على الجهل وتتبدَّد في مواجهة الأعباء الثقيلة. إن اكتشاف الذات الحقيقي هو نتيجة النجاح في مواجهة تحدٍّ كبير، حيث يأمر العقل الجسم بتحقيق ما يبدو مستحيلًا. إنه ينطوي على استدعاء قوة وشجاعة غير عادية من

أجل شيء يتجاوز الذات؛ سواء كان ذلك مبدأ توجيهيًا، أو مهمة شاقة، أو حياة إنسانية أخرى». وهذا يعني أنه يتعين على المرء أن يفعل أشياء بين نوبات الاكتئاب من شأنها أن تبني الصلابة الروحية حتى تتمكن من النجاة من اليأس عندما يطرق الباب مرة أخرى؛ تمامًا كما نمارس التمارين اليومية للحفاظ على لياقة أجسادنا. لا أقترح استخدام هذه التجارب بدلًا من العلاج، ولكن كمكمل للعلاج، يمكن أن يكون قويًّا؛ وهي في مجملها جميلة بشكل مُرضٍ. إن الاكتئاب يقطع اتصالك بجذورك. وعلى الرغم من العبء الثقيل الذي يسببه الاكتئاب، فإنه يوفر أيضًا إحساسًا بانعدام الوزن لأنه يفصلك عن العالم. كانت تجربتي مع أوتورد باوند هي طريقي إلى جذور الطبيعة، وقد جعلتني أشعر في الأخير بالفخر والأمان.

أما التنويم المغناطيسي، فهو مثل العلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين، أداة يمكن استخدامها في العلاج وليس كعلاج بحد ذاته. من الممكن من خلال التنويم المغناطيسي إعادة المريض إلى تجاربه المبكرة ومساعدته على استرجاعها بطريقة تؤدي إلى بعض الحلول.[12] في كتابه عن استخدام التنويم المغناطيسي في علاج الاكتئاب، كتب مايكل يابكو أن التنويم المغناطيسي يعمل بشكل أفضل عندما يبدو أن الفهم الشخصي للتجربة هو مصدر الاكتئاب ويمكن تغييره إلى فهم بديل يبدو أفضل. ويُستَخدم التنويم المغناطيسي أيضًا لاستحضار صورة في ذهن المريض لمستقبل مشرق محتمل، الذي قد يؤدي توقعه إلى انتشاله من البؤس الحالي وبالتالي استحضار هذا المستقبل المشرق نفسه إلى الوجود. لذا يكون التنويم المغناطيسي الناجح مفيدًا على الأقل في كسر الأنماط السلبية للتفكير والسلوك.

إن أحد الأعراض الأولية للاكتئاب هو اضطراب أنماط النوم؛ إذ قد لا ينام الأشخاص المكتئبون نومًا عميقًا على الإطلاق، وقد يقضون الكثير من الوقت في السرير دون الحصول على راحة على الإطلاق. فهل لا ينام المرء بشكل جيد فقط بسبب الاكتئاب، أم أنه يغرق في الاكتئاب جزئيًّا بسبب عدم النوم جيدًا؟[13] يقول توماس وير، من المعهد الوطني للصحة النفسية: «الحزن الذي يؤدي إلى الاكتئاب، يُحدِث اضطرابًا في نومك بطريقة ما؛ والوقوع في الحب، الذي يمكن أن يؤدي إلى الهوس، يُحدث اضطرابًا في نومك بطريقة أخرى». حتى الأشخاص الذين لا يعانون الاكتئاب مروا بتجربة الاستيقاظ مبكرًا مع إحساس بالخوف المشؤوم؛ في الواقع، قد تكون تلك الحالة اليائسة المخيفة، التي عادة ما تمر بسرعة، هي الأقرب إلى تجربة الاكتئاب لدى الأشخاص الأصحاء. يشعر جميع الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب تقريبًا بحالة أسوأ في الصباح ويتحسنون مع مرور اليوم. لذلك أجرى توماس وير سلسلة من التجارب التي أظهرت أنه يمكنك تخفيف بعض أعراض الاكتئاب من خلال الحرمان من النوم عمدًا. إنه ليس نظامًا عمليًّا على المدى الطويل، ولكنه يمكن أن يكون مفيدًا للأشخاص الذين ينتظرون ظهور تأثيرات مضادات الاكتئاب. «من خلال عدم السماح للشخص بالنوم، فإنك تزيد من تحسن مزاجه؛ وعلى الرغم من أن الأشخاص المكتئبين يسعون إلى النوم حتى ينسوا العالم،

فإن الاكتئاب يستمر خلال النوم ويتكثف. أي نوع من الشياطين الرهيبة تزور الناس في أثناء الليل وتحدث هذا التحول؟» يتساءل وير.

كتب إف سكوت فيتزجيرالد في كتابه «الانهيار النفسي The Crack-Up» أنه «في الثالثة صباحًا، فإن أي مشكلة بسيطة غير محلولة تعادل حكم الإعدام، ولا يكون هناك علاج فعال. وفي أعماق الأزمة الوجودية العميقة، يبدو الأمر دائمًا وكأن الساعة هي الثالثة صباحًا، يومًا بعد يوم».[14] وقد زارني شيطان الساعة الثالثة هذا.

عندما أكون في قمة الاكتئاب، أشعر بتحسن تدريجي خلال النهار، وعلى الرغم من أنني أشعر بالإرهاق بسهولة، أما أفضل فتراتي فتكون في وقت متأخر من الليل؛ في الواقع، إذا كنت سأختار حالتي المزاجية، فسأعيش حياتي في منتصف الليل. لم يكن هناك الكثير من الأبحاث في هذا المجال لأنه لا يمكنك الحصول فيه على براءة اختراع، لكن بعض الدراسات تشير إلى أن الآليات الأساسية معقدة وتعتمد على عوامل مثل أنماط نومك، ودورة النوم التي تكون فيها عند الاستيقاظ، ومجموعة متنوعة من العوامل الأخرى. النوم هو المحدد الرئيسي لأنماط الجسم البيولوجية، وتغيير النوم يُحدِث اضطرابًا في توقيت إطلاق الناقلات العصبية والغدد الصماء. ومع ذلك، على الرغم من أننا نستطيع تحديد العديد من الأحداث التي تحدث في أثناء النوم وملاحظة الحالة العاطفية السلبية التي توفرها، فإننا لا نستطيع حتى الآن إنشاء علاقات سببية مباشرة. على سبيل المثال ينخفض الهرمون المطلِق لموجهة الدرقية في أثناء النوم؛ فهل هذا ما يسبب الحالة العاطفية السلبية؟ كما ينخفض مستوى النورإبينفرين والسيروتونين؛ ويرتفع الأسيتيل كولين. يرى البعض أن الحرمان من النوم يزيد من مستويات الدوبامين. تشير سلسلة من التجارب إلى أن الرمش يؤدي إلى إطلاق الدوبامين، مما يعني أن الفترة الطويلة من إغلاق عينيك تؤدي إلى تقليل الدوبامين.

من الواضح أنك لا تستطيع حرمان شخص ما من النوم تمامًا، ولكن يمكنك منع الأشخاص من المرور بالمرحلة المتأخرة من نوم حركة العين السريعة المضطرب عن طريق إيقاظهم عندما يبدأ، ويمكن أن تكون هذه طريقة ممتازة للسيطرة على الاكتئاب. لقد جربت ذلك بنفسي وهي طريقة فعالة. إن القيلولة، التي أتوق إلى أخذها في أثناء فترات الاكتئاب، تؤدي إلى نتائج عكسية ويمكن أن تُبطل كل المنافع التي تحققت من خلال الاستيقاظ. لقد مارس البروفيسور م. بيرجر من جامعة فرايبورج ما يسمى بتقدم النوم، حيث يذهب الأشخاص إلى الفراش في الساعة الخامسة عصرًا ويستيقظون قبل منتصف الليل. يمكن أن يكون لهذا تأثير مفيد، على الرغم من أنه لا يبدو أن أحدًا يفهم السبب. يعترف توماس وير بأن «هذه العلاجات تبدو غريبة بعض الشيء. لكن بصراحة، إذا قلت لشخص ما ‹أريد وضع بعض الأسلاك على رأسك وتمرير الكهرباء عبر دماغك وإحداث نوبة صرع لأنني أعتقد أن ذلك قد يساعد في علاج اكتئابك›، فإذا لم يكن ذلك ممارسة شائعة على نطاق واسع، وكان العلاج راسخًا، فقد يكون من الصعب قبوله».

وقد لاحظ مايكل ثيس، من جامعة بيتسبرج، أن العديد من الأشخاص المصابين بالاكتئاب قد قللوا من نومهم بشكل كبير، وأن الأرق في أثناء الاكتئاب يعد مؤشرًا على الانتحار. حتى بالنسبة إلى أولئك الذين يستطيعون النوم، فإن طبيعة النوم تتغير بشكل كبير في أثناء الاكتئاب. تنخفض عادة كفاءة النوم لدى الأشخاص المصابين بالاكتئاب؛ إذ نادرًا ما يدخلون في نوم الموجة العميقة المرتبط بمشاعر الانتعاش والراحة. وقد يكون لديهم العديد من الدورات القصيرة من نوم حركة العين السريعة بدلًا من الدورات الأقل والأطول التي يتميز بها الشخص السليم. نظرًا لأنه يمكن وصف نوم حركة العين السريعة بأنه استيقاظ بسيط، فإن حركة العين السريعة المتكررة هذه مرهقة وليست مريحة. تُقلل معظم مضادات الاكتئاب من نوم حركة العين السريعة، على الرغم من أنها لا تحسن بالضرورة جودة النوم بشكل عام. ومن الصعب معرفة ما إذا كان هذا جزءًا من آلية عملها. وقد لاحظ ثيس أن المصابين بالاكتئاب الذين ينامون بشكل طبيعي قد يكونون أكثر استجابة للعلاج النفسي، وأن أولئك الذين يعانون نومًا غير طبيعي يميلون إلى الحاجة إلى الدواء.

على الرغم من أن النوم في أثناء الاكتئاب يسيء حالتك المزاجية، فإن قلة النوم المزمنة قد تكون هي الشيء الذي يسبب الاكتئاب. منذ اختراع التلفاز، انخفض متوسط معدل النوم ليلًا بمقدار ساعتين. فهل يمكن أن يكون الاكتئاب المتزايد في المجتمع نتيجة قلة النوم جزئيًّا؟ بالطبع لدينا مشكلة أساسية هنا؛ فنحن لا نعرف الكثير عن الاكتئاب فحسب، بل لا نعرف أيضًا ما هو الغرض من النوم. يمكن إحداث اضطراب في أداء جميع أجهزة الجسم الأخرى بطرق يبدو أنها تحقق فوائد. على سبيل المثال، يمكن أن يكون للتعرض للبرد تأثيرات مشابهة للحرمان من النوم. يُظهر حيوان الرنة الذي يظل ثابتًا طوال ليالي الشتاء الشمالي، ثم ينشط مرة أخرى في الربيع، حالة تُعرف باسم «الاستسلام القطبي الشمالي»[15]، التي يمكن أن تُشبه بشكل صارخ الاكتئاب البشري. تؤدي درجات الحرارة الباردة، على الأقل في بعض الأنواع الحيوانية، إلى تباطؤ عام في العمليات الجسدية.

أما عشبة القديس يوحنا فهي شجيرة جذابة تزدهر في يوم القديس يوحنا (24 يونيو). وقد ثبتت فائدتها كدواء على الأقل منذ أيام بليني الأكبر، في القرن الأول الميلادي، الذي تناوله لعلاج مشكلات المثانة. خلال القرن الثالث عشر، كان يُعتَقد أن لديها القدرة على درء الأرواح الشريرة. في الولايات المتحدة الآن، تُباع عشبة القديس يوحنا في صورة مستخلصات؛ مثل المساحيق والشاي والصبغات، وكعنصر في مجموعة من المنتجات، بما في ذلك المخفوقات المعززة للمزاج والمكملات الغذائية.[16] وقد اكتسبت شعبية كبيرة في شمال أوروبا. لكن نظرًا لغياب الحوافز المالية للبحث عن المواد الطبيعية التي لا يمكن الحصول على براءة اختراع لها، فلم يُجرَ إلا عدد قليل نسبيًّا من الدراسات الخاضعة للرقابة على العشبة، على الرغم من أن بعض الأبحاث التي ترعاها الحكومة جارية في هذا الوقت. من المؤكد أن عُشبة يوحنا فعالة في تخفيف القلق والاكتئاب. ما هو غير واضح هو كيف تعمل. في الواقع، ليس من الواضح

حتى أي من المواد العديدة الموجودة في العُشبة هي من تقوم بهذا العمل. المادة الأكثر شهرة هي الهيبيريكوم Hypericum، التي عادة ما تُشكل نحو 0.3 بالمائة من أي مستخلص معين للدواء. ويبدو أنها قادرة على تثبيط إعادة امتصاص جميع الناقلات العصبية الثلاث. ويقال إنها تقلل من إنتاج إنترلوكين 6، وهو بروتين يشارك في الاستجابة المناعية، والكميات الزائدة منه تجعل الناس يشعرون بالبؤس بشكل عام.

يدَّعي خبير الطب الطبيعي أندرو ويل أن المستخلصات النباتية فعالة لأنها تعمل على أنظمة متعددة؛ وجهة نظره هي أن العديد من العوامل القوية التي تعمل بشكل متضافر هي أفضل من الجزيئات المُصممة بدقة، على الرغم من أن مسألة ما إذا كانت هذه العوامل تساعد بعضها بعضًا بالفعل أو كيفية قيامها بذلك هو مجرد تخمين. يشيد ويل بالتعقيد المتأصل في العلاجات النباتية، ويقدِّر مدى تأثيرها على جوانب مختلفة من الجسم بطرق متنوعة. وفي حين أن نظرياته تفتقر إلى الدعم العلمي القوي، إلا أنها تمتلك جاذبية مفاهيمية معينة.[17] معظم الأشخاص الذين يختارون تناول عشبة القديس يوحنا لا يتناولونها بسبب تعقيدها العلاجي؛ بل اختاروها لاعتقادهم أن أخذ نبات طبيعي خير من أخذ مادة مُصنعة. ويستغل تسويق عشبة يوحنا هذا الميل لدى الناس. في إعلان عُرِض لفترة في مترو أنفاق لندن، ادَّعت امرأة شقراء مبتسمة تدعى «كيرا، فتاة الشمس المشرقة» أن مزاجها الرائع كان بفضل «الأوراق المجففة بلطف» و«الزهور الصفراء المبهجة» لنبتة القديس يوحنا. إن المغزى الضمني من هذا الإعلان السخيف يوحي وكأن التجفيف اللطيف أو اللون الأصفر لهما أي علاقة على الإطلاق بفاعلية العلاج. يعكس ذلك النهج السخيف السبب الذي جعل من عشبة القديس يوحنا علاجًا شائعًا. ليس من «الطبيعي» تناول عشبة يوحنا بكمية محددة بانتظام. إن حقيقة وجود تكوين معين من الجزيئات في النبات، في حين أن تكوينًا آخر يمكن تصنيعه عن طريق العلم البشري، لا يجعل الأول متفوقًا على الأخير. لا يوجد شيء جذاب بشكل خاص فيما يتعلق بالأمراض «الطبيعية» مثل الالتهاب الرئوي أو المواد «الطبيعية» مثل الزرنيخ أو الظواهر «الطبيعية» مثل تسوس الأسنان. يجب أن نتذكر أن العديد من المواد التي تحدث بشكل طبيعي تكون شديدة السمية.[18]

لقد لاحظتُ أن بعض الأشخاص يكون لديهم استجابات سلبية لمثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية. ومن الجدير بالذكر أن عشبة القديس يوحنا، على الرغم من أنها تنمو بريًّا في المروج، ليست أكثر براءة. تُباع المواد الطبيعية بطرق غير خاضعة للرقابة، بحيث لا يمكنك التأكد من أنك تحصل على الكمية نفسها من المكونات الفعالة في كل حبَّة دوائية، ومن المؤكد أنها يمكن أن يكون لها تفاعلات خطيرة مع أدوية أخرى.[19] على سبيل المثال، يمكن لعشبة القديس يوحنا أن تقلل من فاعلية موانع الحمل الفموية (من بين أدوية أخرى)، وأدوية الستاتين المُخفضة للكوليسترول، وحاصرات بيتا، وحاصرات قنوات الكالسيوم لعلاج ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب التاجية، ومثبطات الأنزيم البروتيني للعدوى بفيروس نقص

المناعة البشرية.[20] من وجهة نظري، لا يوجد شيء خاطئ بطبيعته في عشبة يوحنا، ولكنها أيضًا ليست متفوقة بشكل خاص. فهي تفتقر إلى التنظيم الصارم والأبحاث المكثفة واستقرار الجزيئات الاصطناعية وعادة ما تُستهلَك بشكل أقل انتظامًا مقارنة بالأدوية مثل بروزاك.

في إطار البحث الحثيث عن علاجات «طبيعية»، اكتشف الباحثون مادة علاجية أخرى، تسمى إس أدينوسيل-إل ميثيونين S-adenosylmethionine، أو سام SAMe اختصارًا.[21] وفي حين كانت عشبة القديس يوحنا تعَد علاجًا نفسيًّا في شمال أوروبا، فإن مادة سام كانت العلاج الأكثر شعبية في جنوب أوروبا، مع وجود عدد كبير من المستخدمين بشكل خاص في إيطاليا. ومثل عشبة القديس يوحنا، فهي لا تخضع للرقابة والتنظيم، وهي متاحة في متاجر الأطعمة الصحية على شكل حبة بيضاء صغيرة. لا تأتي مادة سام من زهرة مبهجة، مثل عشبة القديس يوحنا، بل توجد في جسم الإنسان. يختلف مستوى هذه المادة لدى الأفراد باختلاف العمر والجنس. توجد مادة سام في جميع أنحاء الجسد وتؤدي العديد من الوظائف الكيميائية. وعلى الرغم من أن الأشخاص المصابين بالاكتئاب ليس لديهم مستويات منخفضة منها، فإن الدراسات حول فاعلية المادة كمضاد للاكتئاب كانت مشجعة. فهي تتفوق باستمرار على الأدوية الوهمية في تخفيف أعراض الاكتئاب، ويبدو أنها على الأقل بفاعلية مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات نفسها التي قُورنت بها. ومع ذلك، فإن العديد من الدراسات التي أُجريت على المادة لم تكن منظمة بشكل جيد، وقد لا تكون نتائجها موثوقة تمامًا. لا تحتوي مادة سام على قائمة طويلة من الآثار الجانبية، ولكنها يمكن أن تؤدي إلى الهوس لدى المرضى الذين يعانون اضطراب ثنائي القطب.[22] لا يبدو أن أحدًا لديه أي فكرة محددة عن طريقة عملها. قد تكون منخرطة في استقلاب الناقلات العصبية. يزيد الاستخدام طويل الأمد لها في الحيوانات من مستويات الناقلات العصبية في الدماغ.[23] ويبدو أنها تعزز الدوبامين والسيروتونين على وجه الخصوص. قد يكون نقصها مرتبطًا بضعف عملية المثيلة Methylation، مما يُعرض الجسم بشكل عام للإجهاد والضغط.[24] عادة ما يكون لدى كبار السن مستويات منخفضة من تلك المادة، وقد اقترح بعض الباحثين أن هذا النقص يرتبط بانخفاض وظيفة الدماغ المتقدم في السن. لقد اقتُرحت العديد من التفسيرات لفاعلية مادة سام الواضحة، مع عدم وجود أي دليل تقريبًا يدعم أيًّا منها.

من ناحية أخرى، يُستخدم الطب التجانسي أحيانًا لمواجهة الاكتئاب؛ حيث يعطي الممارسون جرعات صغيرة من مواد مختلفة قد تؤدي بجرعات أكبر إلى ظهور أعراض الاكتئاب على الأشخاص الأصحاء. قد تكون العديد من أشكال الطب غير الغربي مفيدة ضد الاكتئاب. كانت هناك امرأة تعاني الاكتئاب طوال حياتها، ولم تحصل سوى على القليل من المساعدة من مضادات الاكتئاب، وقد وجدت، في سن الستين، أن الكيجونج، وهو نظام صيني للتنفس وتمارين الجسم، يمكن أن يقضي على المشكلة تمامًا. وكان للوخز بالإبر، الذي يكتسب المزيد والمزيد من الأتباع في الغرب، الذي ينفق الأمريكيون الآن 500 مليون دولار سنويًّا عليه،

تأثيرات مذهلة على بعض الناس.[25] تعترف المعاهد الوطنية للصحة بأن الوخز بالإبر قد يغير كيمياء الدماغ. يبدو طب الأعشاب الصيني أقل موثوقية، لكن بعض الناس حققوا تحولات كبيرة في وعيهم من خلال استخدام العلاجات العشبية.

لقد جرب العديد من الأشخاص الذين يستخدمون العلاجات البديلة العلاجات التقليدية. بينما يُفضِّل البعض العلاجات البديلة، يسعى البعض الآخر إلى تكملة ودعم العلاجات التقليدية بها. ينجذب البعض من الناحية النظرية إلى وسائل الشفاء الأقل تدخلًا من الأدوية أو العلاج بالصدمات الكهربائية. يبدو تجنب العلاجات بالكلام أمرًا ساذجًا في أفضل الأحوال، لكن العثور على أشكال مختلفة من العلاج بالكلام، أو استخدام علاجات بالكلام مع أشكال غير تقليدية من العلاج، يمكن أن يكون أفضل بالنسبة إلى بعض الأشخاص من زيارة الصيدلي وتناول المُركبات التي لا نعرف عنها سوى القليل.

من بين أولئك الذين قابلتهم على طريق الطب التجانسي، تبرز كلوديا ويفر كشخص أكنُّ له احترامًا كبيرًا بشكل خاص. كلوديا ويفر هي شخص على طبيعته تمامًا. ففي حين يميل بعض الأفراد إلى التكيف مع محيطهم ويحاكون الأشخاص الذين يتفاعلون معهم، تمتلك كلوديا ويفر مزيجًا مميزًا من الصراحة والغرابة التي لا تهتز. يمكن أن يكون الأمر مربكًا، ولكن هناك أيضًا شيئًا رائعًا للغاية بشأنه. مع كلوديا ويفر، ستعرف بالضبط وبصراحة رأيها فيك؛ ليس لأنها تفتقر إلى الدماثة أو الأخلاق أو القدرة على المجاملة، فهي في الواقع مهذبة للغاية، ولكن لأنها ليس لديها أي ميل لإخفاء شخصيتها الحقيقية. في الواقع، إنها تطرح شخصيتها كأنها تحدٍّ: إذ يمكنك أن ترقى إلى مستوى التحدي وتعجب بها وستكون سعيدة، أو يمكنك أن تقرر أن الأمر صعب بعض الشيء، وفي هذه الحالة تكون لك الحرية في متابعة طريقك الخاص. عندما تتعرف عليها أكثر، تجد طريقة تفكيرها المميزة محببة. وإلى جانب أسلوبها الصريح، فإنها تجسد الولاء والنزاهة التي لا حدود لها. إنها شخصية ذات مبادئ أخلاقية راقية. تقول: «لدي بالتأكيد بعض الغرابة، وقد تعلمت أن أفخر بها، لأنني لم أستطع العيش دونها. لقد كنت دائمًا محددة ودقيقة للغاية ولدي آراء صريحة».

عندما التقيت كلوديا ويفر لأول مرة، كانت في أواخر العشرين من عمرها وكانت تتناول علاجات الطب التجانسي كجزء من علاج لكامل الجسد يهدف إلى السيطرة على حساسيتها، ومشكلاتها الهضمية، والأكزيما التي تعانيها، وغير ذلك من جوانب صحتها.[26] كانت تستخدم التأمل بشكل متزامن وغيرت نظامها الغذائي. كانت تحمل معها نحو ست وثلاثين قارورة تحتوي على مواد مختلفة بفاعليات مختلفة في شكل أقراص (كان لديها خمسون أخرى في المنزل)، وعدة زيوت، وشاي أيورفيدا. كانت تتناول كل هذا وفق جدول زمني بالغ التعقيد، فتتناول الأقراص كاملة في بعض الحالات، وتطحنها وتذيبها في حالات أخرى، وتضع بعض المراهم موضعيًّا. قبل ستة أشهر، تخلت بشكل حاسم عن الأدوية التي كانت تعتمد عليها بشكل متقطع منذ أن كانت في السادسة عشرة من عمرها؛ إذ عانت مشكلات معها وكانت

مستعدة لتجربة شيء آخر. وكما حدث في بعض المناسبات الأخرى عندما توقفت، شعرت بتحسن مؤقت ثم بدأت في الانحدار. ثم خاضت تجربة قصيرة مع عشبة القديس يوحنا، لكن لم تكن فعالة بالنسبة إليها. أما علاجات الطب التجانسي فمنعتها من التدهور وبدا أنها فعالة نسبيًا.

كان المعالج المسؤول عن معالجتها بالطب التجانسي، الذي لم تقابله وجهًا لوجه من قبل، يعيش في سانتا فاي، حيث عالج إحدى صديقاتها وحقق نتائج ممتازة. كانت تتصل به كل يوم أو يومين لمناقشة ما تشعر به، وكان يسألها أسئلة مختلفة من قبيل: «هل تشعرين أن لسانك مغلف بشيء ما؟» أو «هل تشعرين بالسيلان في أنفك؟»؛ وعلى أساس ذلك كان يصف العلاجات، التي عادة ما تكون نحو ستة أقراص في اليوم. كان يؤكد أن الجسد يشبه الأوركسترا، والعلاجات مثل الشوكة الرنانة. كانت كلوديا متحمسة للطقوس، وأعتقد أن التعقيد الشديد لنظامها كان يُقنعها. لقد أحببت جميع الزجاجات الصغيرة والاستشارات والبروتوكولات. كانت تحب تناول العلاجات الأولية -الكبريت، والذهب، والزرنيخ- والمركبات والخلطات الأكثر غرابة مثل البلادونا، والجوز السام، وحبر الحبار. صرفها التركيز على العلاج عن المرض. وفي حين أن معالجها لا يستطيع دائمًا تغيير النمط الأساسي لتقلباتها المزاجية، إلا أنه يمكنه عادةً معالجة المشكلات الحادة عند ظهورها.

تمتعت كلوديا طوال حياتها بالبصيرة والانضباط فيما يتعلق باكتئابها. تقول: «أواجه صعوبة كبيرة في تذكر الأشياء الإيجابية عندما أشعر بالاكتئاب. أسترجع مرارًا وتكرارًا الأشياء السلبية التي فعلها الناس معي، التي أحتفظ بها دومًا في ذاكرتي، وكذلك الأوقات التي تعرضت فيها للظلم أو الخجل أو الإحراج، وتتصاعد وتصبح أسوأ مما كانت عليه في الحياة الحقيقية. وبمجرد أن أفكر في أحد هذه الأشياء، أنغمس في التفكير وهذا يؤدي إلى عشرين شيئًا آخر. في إحدى المجموعات الروحانية البديلة التي أنتمي إليها، طُلب مني أن أكتب الأشياء السلبية التي أعاقت حياتي، وهو ما فعلته في عشرين صفحة؛ ثم طُلب مني أن أكتب أشياء إيجابية. لم أستطع التفكير في أي شيء إيجابي لأقوله عن نفسي. أنا أيضًا مهووسة بالمواضيع المظلمة، مثل معسكرات الاعتقال النازية أو حوادث تحطم الطائرات، ولا أستطيع التوقف عن تخيل الموت في مثل هذه المواقف. يستطيع معالجي عادة معرفة ما يجب أن أتناوله لتخفيف خوفي المهووس من الكوارث».

«لدي الكثير من الخبرة معي. في الشهر المقبل، سيكون معي تسعة وعشرون عامًا من الخبرة. وأنا أعلم أنه يمكنني أن أقدم لكم قصتي اليوم وأنها ستكون قصة مختلفة غدًا. واقعي يتغير مع مزاجي كثيرًا. يومًا ما، سأخبركم بمدى خطورة اكتئابي وكيف كنت أعانيه طوال حياتي؛ وبعد ذلك، إذا بدا أن الأمور أصبحت تحت السيطرة أكثر في اليوم التالي، فيمكنني أن أقول إن كل شيء على ما يرام. أحاول أن أفكر في الأوقات السعيدة. أحاول أن أفعل أشياء تمنعني من الاستبطان، الذي يؤدي إلى تفاقم الاكتئاب بسرعة. أشعر بال خجل من كل شيء في

نفسي عندما أشعر بالاكتئاب. لا أستطيع أن أتقبل فكرة أن كل شخص آخر هو أيضًا إنسان ويمر بحالات عاطفية مختلفة. أحلم بأحلام مُذلة. حتى في أثناء نومي، لا أستطيع الهروب من هذا الشعور الرهيب والثقيل بأنني مقموعة ومظلومة، وأن الحياة ميؤوس منها. الأمل هو أول شيء يغادرني».

شعرت كلوديا ويفر بالإحباط والكبت بسبب توقعات والديها الصارمة: «ما أرادوه هو أن أكون سعيدة بطريقتهم. في مرحلة الطفولة، شعرت أنني أغوص في عالمي الخاص. شعرت أنني مختلفة ومنفصلة. شعرت بأنني صغيرة، وبلا أهمية، وأغرق في أفكاري، وأكاد لا أشعر بالأشخاص الآخرين. كنت أخرج في الفناء الخلفي وأتجول هناك دون أن أرى أي شيء». كانت عائلتها «قاسية للغاية» بشأن الأمر برمته. في الصف الثالث، بدأت بالانعزال جسديًّا. «لقد كرهت أن يلمسني أحد أو يُقبِّلني أو يحتضنني، حتى لو كان من عائلتي. كنت متعبة جدًّا طوال الوقت في المدرسة. أتذكر أن المعلمين كانوا يقولون لي: ‹كلوديا، ارفعي رأسك عن ذلك المكتب›. ولم يفكر أحد في سبب ذلك. أستطيع أن أتذكر أنني كنت أذهب إلى فصل الجمباز وأغفو بجانب الجدار. كنت أكره مدرستي ولم أشعر أن لدي أي أصدقاء. كان يمكن لأي شيء يقوله الآخرون أن يؤذيني، وقد حدث ذلك. أتذكر أنني كنت أتجول في القاعات عندما كنت في الصف السادس أو السابع ولم أكن مهتمة بأي شخص ولم أشعر حتى بأنني أهتم بأي شيء. أشعر بمرارة شديدة تجاه طفولتي، على الرغم من أنني كنت في ذلك الوقت فخورة بشكل غريب باختلافي عن بقية العالم. يبدو أن الاكتئاب كان حاضرًا دومًا معي. استغرق الأمر بعض الوقت لتسميته. لقد كانت لدي عائلة مُحبة للغاية، ولكن لم يخطر ببالهم قط -أو ببال معظم الآباء من جيلهم- أن طفلهم يمكن أن يعاني اضطرابًا في المزاج».

كانت المتعة الحقيقية الوحيدة لها هي ركوب الخيل، حيث أظهرت بعض الموهبة في ذلك. اشترى لها والداها مُهرًا. «لقد أكسبني ركوب الخيل الثقة بالنفس، ومنحني السعادة، وأعطاني نافذة من الأمل لم أمتلكها في أي مكان آخر. لقد كنت جيدة في ذلك باعتراف الجميع وأحببت هذا المهر. كنا متناغمين معًا كفريق واحد ونظرنا إلى بعضنا بعضًا كشركاء. يبدو أنه كان يعرف أنني بحاجة إليه. لقد أخرجني من بؤسي».

ذهبتْ إلى مدرسة داخلية للصف العاشر، وبعد خلاف في الأسلوب مع مدرب ركوب الخيل هناك، تخلت عن هذه الرياضة. طلبت من والديها بيع مهرها؛ فلم يعد لديها الطاقة لركوبه. كان ذلك الفصل الدراسي الأول في المدرسة الداخلية وقتًا للنظر فيما تعتبره الآن «أسئلة وجودية من قبيل: لماذا أنا هنا حقًّا؟ ما هو هدفي؟» هرعت زميلتها في الغرفة، التي وجهت كلوديا إليها بعض هذه الأسئلة، وأبلغت إدارة المدرسة بها على الفور، مُكررة أجزاء من المحادثة دون أن توضِّح السياق. قررت الإدارة أن كلوديا لديها ميول انتحارية وأرسلتها على الفور إلى منزلها. «لقد كان الأمر محرجًا للغاية. لقد شعرتُ بالخجل الشديد من ذلك، ولم أشعر بعد ذلك أنني

أريد أن أكون جزءًا من أي شيء. لقد واجهت صعوبة في التعامل مع ذلك الأمر. وسواء نسي الآخرون ذلك بسرعة أم لا، لم أستطع أن أنساه قط».

وفي وقت لاحق من ذلك العام، وبعد أن تأثرت بشدة، بدأت في جرح نفسها، حيث كانت تعاني فقدان الشهية الحاد. كانت حيلتها هي عمل جرح رقيق جدًّا بالشفرة ثم محاولة فتحه حتى ينزف. كانت الجروح دقيقة جدًّا لدرجة أنها لم تترك ندبات. كانت تعرف أربع أو خمس فتيات في المدرسة كن يجرحن أنفسهن. واستمرت في جرح نفسها بين الحين والآخر. ثم أصبحت تجرح نفسها بشكل دوري في الكلية، وفي أواخر العشرين من عمرها جرحت أجزاء من يدها اليسرى وبطنها. تقول: «إن الأمر ليس مجرد صرخة طلبًا للمساعدة. لكنك تشعر بألمٍ عاطفي كبير وتريد التخلص منه. ثم يتصادف أن ترى سكينًا وتقول لنفسك «واو، هذا السكين ذو مظهر حاد للغاية وهو ناعم جدًّا وأتساءل كيف سيكون الأمر إذا ضغطت عليه هنا»... تصبح مفتونًا بالسكين». رأت زميلتها في الغرفة الجروح وأبلغت عنها مرة أخرى. «قالوا إنني لدي ميول انتحارية، وهذا زاد من قلقي للغاية. كانت أسناني تصطك، وكنت متوترة بشدة». أُعيدت إلى المنزل مرة أخرى مع توصيات بزيارة طبيب نفسي. أخبرها الطبيب النفسي الذي زارته أنها طبيعية إلى حد كبير وبخير، وأن مدرستها وزميلتها في الغرفة كانا مبالغين. «لقد أدرك أنني لم أكن أحاول الانتحار، بل كنت أختبر الحدود ومَن أنا وإلى أين ذاهبة». وعادت إلى المدرسة بعد بضعة أيام، لكنها لم تعد تشعر بالأمان وبدأت تظهر عليها أعراض الاكتئاب الحاد. «لقد أصبحت متعبة أكثر فأكثر، وازدادت فترات نومي، ولم أعد أفعل الكثير، وأردت أن أكون وحدي أكثر فأكثر؛ لقد كنت غير سعيدة للغاية. وشعرت أنني لا أستطيع إخبار أحد».

وسرعان ما أصبحت تنام أربع عشرة ساعة في اليوم. «كنت أستيقظ في منتصف الليل وأذهب إلى الحمام وأذاكر، الأمر الذي كان يعتقد الجميع أنه غريبٌ للغاية. كان الناس يطرقون الباب ويتساءلون عما كنت أفعله هناك. كنت أقول: «أنا أذاكر فقط». فيسألون: «لماذا تذاكرين هناك؟» فأقول: «أريد ذلك» فيقولون: «لماذا لا تذهبين إلى الغرفة المشتركة؟» ولكن إذا ذهبت إلى هناك، ربما سيتعين عليَّ أن أتفاعل مع شخص ما. وهذا ما كنت أتجنبه». وبحلول نهاية العام، كانتْ قد توقفت تقريبًا عن تناول الطعام العادي. «كنت أتناول سبع أو تسع قطع من الشوكولاتة يوميًّا لأن ذلك كان يجعلني لا أضطر أبدًا إلى الذهاب إلى الكافتيريا. لو ذهبت إلى الكافتيريا، لقال الناس: «كيف حالك؟» وكان هذا آخر سؤال أود الإجابة عنه. واصلتُ العمل وأنهيت العام لأنني إذا واصلت الحضور بشكلٍ طبيعي فلن ينتبه لي أحد؛ لكن لو بقيت في السرير، كانت المعلمة ستتصل بوالديَّ وسيتعين عليَّ أن أشرح لهم سبب ذلك، وهو ما لم أكن أستطيع فعله. لم أفكر حتى في الاتصال بوالديَّ وإخبارهم برغبتي في العودة إلى المنزل؛ اعتقدت أنني محاصرة هناك. بدا الأمر وكأن هناك غشاوة ضبابية على عيني ولم أستطع الرؤية أبعد من خمسة أقدام، وحتى والدتي، التي كانت على بعد ستة أقدام، بدت بعيدة. لقد شعرت بالخجل الشديد من كوني مكتئبة وشعرت أن الجميع لم يكن لديهم سوى أشياء فظيعة

ليقولوها عني. هل تعلم أنه كان من المحرج بالنسبة لي أن أذهب إلى الحمام حتى عندما كنت وحدي؟ أعني، بالتأكيد في مكان عام سأواجه الكثير من المتاعب. لكن حتى بمفردي، لم أستطع مواجهة نفسي. لم أشعر بأنني إنسانة على الإطلاق، ولا حتى عند القيام بفعل طبيعي كالذهاب إلى الحمام. شعرت وكأن شخصًا ما قد يعرف أنني أفعل ذلك وشعرت بالخجل. لقد كان الأمر مؤلمًا بشكل لا يصدق».

كان الصيف بعد الصف العاشر قاسيًا. لقد أُصِيبتْ بالإكزيما المرتبطة بالتوتر والضغط النفسي واستمرت في الإصابة بها لعدة مرات. «كان الاختلاط بالناس هو الشيء الأكثر استنزافًا الذي يمكن أن أتخيله. مجرد التحدث إلى شخص ما كان شيئًا صعبًا للغاية. لقد تجنبت العالم بأكمله. بقيت معظم الوقت مستلقية على السرير، وأردت إغلاق ستائري. لقد كان يؤلمني الضوء حينها». مع تقدم فصل الصيف، بدأتْ أخيرًا في تناول الأدوية، حيث تناولت إيميبرامين. لاحظ الأشخاص المحيطون بها تحسُّنًا مطردًا، و«بحلول نهاية الصيف، استهلكت قدرًا كبيرًا من الطاقة للذهاب إلى مدينة نيويورك ذات يوم مع والدتي للتسوق، ثم العودة إلى المنزل مرة أخرى. كان هذا هو الشيء الأكثر إثارة وحيوية الذي قمت به في ذلك الصيف». لقد كونتْ أيضًا رابطة قوية مع معالجها الذي ظل صديقًا مقربًا فيما بعد.

في الخريف، غيرت مدرستها. أعطتها مدرستها الجديدة غرفة خاصة، وهو ما ناسبها كثيرًا. لقد أحبَّت الناس هناك، وكانت تتناول الدواء الذي يحسن من حالتها. وفي الصيف، شعرت أن عائلتها واجهتْ أخيرًا حالاتها المزاجية باعتبارها مشكلة حقيقية، وكان ذلك بمنزلة مساعدة كبيرة لها. بدأت العمل بجد للغاية والقيام بالكثير من الأنشطة. وحققت نجاحًا كبيرًا في سنتها الأخيرة، وقُبِلت في جامعة برينستون.

وفي برينستون، وضعت العديد من استراتيجيات التكيف التي ظلت معها إلى الآن. على الرغم من أنها كانت تحب الخصوصية للغاية، فإنها وجدت صعوبة في البقاء بمفردها، ولحل عُزلة الليل كان لديها ستة أصدقاء يرافقونها ليلًا إلى السرير. وغالبًا ما كانوا يبقون في سريرها. لم تكن تنخرط في علاقات جنسية حينها وكان أصدقاؤها يحترمون هذه الحدود. لقد كانوا هناك فقط من أجل رفقتها. «أصبح النوم مع الناس وذلك الشعور بالتقارب مضادًّا للاكتئاب مهمًّا جدًّا بالنسبة لي. من أجل هذا القرب والدفء، يمكنني أن أتخلى عن الجنس، أتخلى عن الطعام، أتخلى عن الذهاب إلى السينما، أتخلى عن العمل. سأتخلى عن أي شيء سوى النوم والذهاب إلى الحمام لأكون في بيئة آمنة ودافئة. لأكون صادقة، أتساءل عما إذا كان ذلك يحفز التفاعلات الكيميائية في الدماغ». استغرق الأمر بعض الوقت منها للانتقال إلى الخطوة التالية في العلاقة الحميمة الجسدية. «كنت دائمًا أشعر بالخجل تجاه جسدي العاري. لا أعتقد أنني شعرت بالارتياح ولو لمرة واحدة عندما حاولت ارتداء ملابس السباحة. وبالتأكيد لم أكن أول شخص يمارس الجنس في العالم. أمضى الناس الكثير من الوقت في محاولة

إقناعي بأن الجنس أمرٌ طبيعي ولا مشكلة في ممارسته. لم أكن أعتقد ذلك حقًّا. إذ ظللت لسنوات أعتقد أنه غير مناسب لي على الإطلاق. ولكن في النهاية غيرت رأيي».

في شتاء سنتها الأولى، توقفت عن تناول الأدوية لفترة من الوقت. «كان عقار إيميبرامين الذي كنت أتناوله يسبب لي دائمًا الآثار الجانبية في الوقت الخطأ. فعندما اضطررت إلى إلقاء محاضرة أمام صف كامل من الناس، أصبح فمي جافًا جدًّا ولم أتمكن من تحريك لساني». وتدهورت حالتها بسرعة. توضح: «لم أستطع الخروج لتناول الطعام مرة أخرى، لذلك كان أحد أصدقائي يطبخ لي العشاء كل ليلة ويطعمني. فعل ذلك لمدة ثمانية أسابيع. وكان يحدث ذلك دائمًا في غرفته فقط، لذا لم أضطر إلى تناول الطعام أمام الآخرين».

«هناك دائمًا رغبة في الاستمرار دون الأدوية، وعندما تفكر من هذا المنظور، فإنك لا تدرك مدى سوء الأمور». وأخيرًا، أقنعها الأصدقاء بالعودة إلى تناول الأدوية. في ذلك الصيف، ذهبت للتزلج على الماء، وجاء دلفين وسبح بجانبها. ووصفت ذلك بأنه «أكثر شيء أشعرها بالحضور الإلهي على الإطلاق. كان الأمر كما لو أن لدي صحبة ما». وقد شعرتْ بالنشوة الشديدة لدرجة أنها قررت التوقف عن تناول الأدوية مرة أخرى.

ثم رجعت إلى الأدوية مرة أخرى بعد ستة أشهر.

في نهاية سنتها الأولى، بدأت بتناول عقار بروزاك، الذي كان فعالًا إلا أنه قتل أجزاء معينة من نفسها الداخلية. وعاشت مع ذلك لمدة ثماني سنوات تقريبًا. «كنت أتناول الدواء لفترة من الوقت ثم أتركه لأنني أعتقد أنني أصبحت بخير ولست بحاجة إليه حقًّا. ثم أتوقف عنه وأشعر أنني بخير لفترة من الوقت وبعد ذلك تحدث سلسلة من الأشياء وأبدأ في الشعور بالانهزام، وكأنني أحمل ثقلًا كبيرًا. وبعد ذلك تحدث بعض الأشياء الصغيرة؛ إذ ليس أمرًا فظيعًا حقًّا أن يسقط غطاء معجون الأسنان، على سبيل المثال، في البالوعة، ولكن حدوث ذلك يكون كالقشة التي تقصم ظهر البعير ويصبح حدثًا أكثر إزعاجًا من موت جدتي. يستغرق الأمر مني بعض الوقت لأرى إلى أين أنا ذاهبة؛ دائمًا ما يكون الأمر متقلبًا، للأعلى ثم للأسفل، للأعلى، للأسفل، ومن الصعب تقييم متى تكون فترات الهبوط أشد من فترات الصعود». وعندما تسببت نكسة مؤقتة في تفويت حفل زفاف إحدى صديقاتها -«لم أتمكن من الخروج من شقتي وركوب الحافلة للذهاب إلى هناك»- شعرتْ بأنها غير قادرة على إجراء مكالمة هاتفية بسيطة لتوضيح الأمر، فعادت إلى تناول بروزاك.

في النهاية، تخلَّت عن الأدوية، حتى تتمكن من إيقاظ الشعور الجنسي، وبدأت في علاجات الطب التجانسي التي كانت تتناولها عندما تعرفتُ إليها لأول مرة. كانت تلك العلاجات فعالة معها لفترة طويلة. إنها تشعر أنها فعالة في الحفاظ على استقرارها، ولكن عندما دفعتها الظروف إلى اكتئاب جديد، لم تتمكن من إخراجها منه. وعلى الرغم من أنها واجهت بعض اللحظات الصعبة، فإنها ثابرت على الطب التجانسي خلال فصل الشتاء الطويل. كانت تشعر

كل شهر بالذعر من عودة اكتئابها، ثم تدرك أنه مجرد توتر ما قبل الدورة الشهرية. تقول: «أشعر بالارتياح دائمًا عندما أرى الطمث؛ وأقول لنفسي: «إذن هذا هو السبب!»». وعلى الرغم من أن نقص الدواء لم يسبب أي تراجع كبير، فإنها واجهت صعوبة أكبر في التعامل مع الأشياء والمواقف الصعبة. بدا أن برنامج العلاج الشامل غير متسق مع أمراضها الجسدية، وبخاصة الأمراض المرتبطة بالضغط النفسي؛ أصبحت الأكزيما لديها سيئة للغاية في وقت ما لدرجة أن ثدييها نزفا من خلال قميصها.

في هذا الوقت تقريبًا تخلت عن العلاج بالكلام وبدأت في كتابة ما تسميه جوليا كاميرون «صفحات الصباح»، وهي تمارين مكتوبة مدتها عشرون دقيقة. وتقول إنها تساعدها على تنقية حياتها؛ لم تفوت يومًا واحدًا منذ ثلاث سنوات حتى الآن. كما أنها تحتفظ على جدار غرفة نومها بقائمة من الأشياء التي يجب القيام بها عندما تبدأ في الشعور بالإحباط أو الملل؛ وهي قائمة تبدأ بـ «اقرئي خمس قصائد أطفال. اصنعي صورة مجمعة. انظري إلى الصور. تناولي بعض الشوكولاتة».

وبعد بضعة أشهر من بدء كتابة صفحات الصباح، التقت الرجل الذي أصبح الآن زوجها. «لقد أدركت أنني أشعر بسعادة أكبر في حياتي عندما يكون لدي شخص يعمل في الغرفة المجاورة. الرفقة مهمة جدًّا بالنسبة لي؛ إنها مهمة جدًّا لاستقراري العاطفي. أحتاج إلى الدعم. أحتاج ولو إلى القليل من الاهتمام. أُفضِّل أن أكون في علاقة غير مثالية على أن أكون وحدي». تفهَّم خطيبها صراعاتها السابقة مع الاكتئاب. تقول: «إنه يعرف أنه يتعين عليه أن يكون جاهزًا ومتاحًا لدعمي عندما أعود إلى المنزل بعد مناقشة اكتئابي معك في محادثاتنا على سبيل المثال. إنه يعلم أنه يجب أن يكون على أهبة الاستعداد في حالة تعرضي للانتكاسة. عندما يكون موجودًا بجانبي، أشعر بتحسن كبير في تقديري لذاتي، وأصبح أكثر قدرة على الإنجاز». لقد شعرت بتحسن كبير بعد أن التقته لدرجة أنها قررت التوقف عن نظام الطب التجانسي الذي كانت تتبعه. وأمضت العام معه في حالة من البهجة والسعادة، يُخططان معًا لمراسم زفافهما.

لقد كان حفل زفاف صيفيًّا جميلًا، وخُطِّط له بالعناية الدقيقة نفسها التي خُطِّط بها برنامج الطب التجانسي. بدت كلوديا جميلة، وكانت تلك المناسبة هي إحدى المناسبات التي تشعر فيها بفيض من المودة من العديد من الأصدقاء المجتمعين. كل واحد منا ممَّن عرف كلوديا كان سعيدًا للغاية من أجلها. لقد وجدت الحب؛ وتجاوزت مشكلات حياتها. كانت متوهجة. تعيش عائلة كلوديا الآن في باريس، لكنهم احتفظوا بالمنزل الذي نشأت فيه كلوديا، وهو منزل من القرن السابع عشر في بلدة مزدهرة في ولاية كونيتيكت. اجتمعنا هناك في الصباح لحضور حفل بسيط. أعقب ذلك مأدبة غداء في منزل صديق للعائلة. وأقيم حفل الزفاف في حديقة جميلة في الساعة الرابعة بعد الظهر، ثم تناولنا المشروبات؛ ثم فتحت كلوديا وزوجها صندوقًا من الفراشات، فخرجت وحلقت حولنا بطريقة سحرية. ثم كان هناك

عشاء أنيق لـ 140 ضيفًا في المساء. جلستُ بجوار القس، الذي أكد أنه لم يسبق له أن حضر حفل زفاف نُظِّم بتلك العناية الكبيرة؛ وقال إن الحفل، الذي خططته كلوديا مع زوجها، كان بارعًا للغاية. كل شيء كان رائعًا. كانت بطاقات الأماكن الخاصة بالحضور مصنوعة يدويًّا بطريقة أنيقة. ورُسِمت بعض اللوحات خصيصى لهذه المناسبة، ومن المثير للإعجاب أن العريس خبز شخصيًّا كعكة الزفاف الشاهقة المكونة من أربع طبقات.

إن التغيير، حتى التغيير الإيجابي، أمرٌ مرهق ومسبب للضغوط؛ والزواج هو أحد أكبر التغييرات التي يمكنك إجراؤها. أصبحت المشكلات التي بدأت بالفعل قبل الزفاف أكثر وضوحًا بعد فترة وجيزة من حفل زفافهما. اعتقدت كلوديا في البداية أن المشكلة تكمن في زوجها، واستغرق الأمر بعض الوقت حتى تفكر في أن حالتها قد تكون عاملًا مساهمًا. «لقد كان في الواقع قلقًا عليَّ وعلى مستقبلي أكثر مني. خلال يوم زفافي، الجميع يتذكر أنني كنت سعيدة. أبدو سعيدة في الصور. لكنني قضيت اليوم بأكمله وأنا أشعر أنني يجب أن أكون في حالة حب في هذا الموقف. وشعرت وكأنني خروف يُساق إلى الذبح. لكنني كنت مرهقة في ليلة زفافي. وكان شهر العسل كارثيًّا بصراحة. لم يكن لدي أي شيء لطيف لأقوله له طوال الرحلة. لم أكن أريد أن أكون معه. لم أكن أريد أن أنظر إليه. حاولنا ممارسة الجنس وكان الأمر مؤلمًا بالنسبة لي ولم ينجح. كنت أستطيع أن أرى كيف كان واقعًا في حبي. وقلت لنفسي لا أستطيع أن أصدق هذا. اعتقدت أن الأمر سيكون مختلفًا. وشعرت بالتعاسة عندما فكرت في أنني دمرت حياته وكسرت قلبه».

وفي أواخر سبتمبر، عادت إلى نظام الطب التجانسي. كان يساعدها على الاستقرار، لكنه لم يتمكن من انتشالها مما أصبح اكتئابًا حادًّا حقًّا. تتذكر قائلة: «كنت في العمل، وفجأة شعرت وكأنني على وشك الانهيار والبكاء. لقد كنت قلقة للغاية من أنني سأتصرف بطريقة غير مهنية لدرجة أنني لا أستطيع القيام بعملي. كان عليَّ أن أعتذر وأقول إنني أصبت بصداع، واضطررت إلى مغادرة المكتب في ذلك اليوم الذي كرهت فيه كل شيء؛ كرهت حياتي نفسها. كنت أرغب في الطلاق أو الانفصال. شعرت أنه ليس لدي أصدقاء. شعرت أنه ليس لدي مستقبل. شعرت أنني ارتكبت خطأً فادحًا بالزواج. قلت لنفسي يا إلهي، ما الذي سنتحدث عنه لبقية حياتنا؟ سنتناول العشاء معًا، فماذا سنقول؟ ليس لدي ما أقوله بعد الآن. وكان يشعر بالطبع أن الأمر برمته كان خطأه، وبات لديه كراهية كبيرة لذاته، ولم يرغب في الحلاقة أو الاهتمام بنفسه أو الذهاب إلى العمل أو أي شيء آخر. لم أكن لطيفة معه وأنا أعلم ذلك. لقد كان يحاول جاهدًا ولم يكن لديه أي فكرة عما يجب فعله. لم يكن هناك أي شيء إذا فعله سيبدو صحيحًا بالنسبة لي. لكنني لم أر ذلك في ذلك الوقت. كنت أقول له أن يرحل، وإنني أريد أن أكون وحدي؛ لكن ما أردته حقًّا هو أن يصرَّ على أن يكون معي. ما الذي يهمني حقًّا؟ كنت أسأل نفسي. لا أعلم ما الذي سيجعلني سعيدة؟ لا أعرف. حسنًا، ماذا أريد؟ لا أعرف. وهذا أخافني تمامًا. لم يكن لدي أدنى فكرة. لم يكن هناك شيء كنت أتطلع إليه. لقد أسقطت

كل ذلك عليه. كنت أعلم أنني فظيعة معه، عرفت ذلك في تلك اللحظة، ومع ذلك شعرت بالعجز عن إيقاف ذلك». وفي أكتوبر، تناولَت الغداء مع صديقة أخبرتها أن «توهج الزواج السعيد» يظهر عليها فانفجرت في البكاء.

لقد كانت أسوأ فترة لها منذ المدرسة الثانوية. وأخيرًا، في نوفمبر، أقنعها أصدقاؤها بالعودة إلى الطب الغربي. أخبرها طبيبها النفسي أنها انغمست في الطب التجانسي لفترة طويلة للغاية وأعطاها ثماني وأربعين ساعة لتنظيف جسدها قبل أن تبدأ في تناول عقار سيليكسا الذي وصفه لها. «لقد أحدث فارقًا فوريًّا، رغم أنني لا أزال أشعر بلحظات وأفكار اكتئابية، كما أنه يقتل رغبتي الجنسية، لذا أشعر أنني يجب أن أحاول جاهدة أن أفعل الأمر من أجل زوجي؛ ولا يقتصر الأمر على الاهتمام بالجنس فحسب، بل هناك أيضًا مشكلات جسدية، إذ لا يمكنني حتى أن أشعر بأي إثارة في أعضائي التناسلية! ربما يكون لدي نحو 2% من الرغبة في أثناء فترة الإباضة، وهذه هي أعلى نقطة في الشهر. زوجي لطيف ومتفهم جدًّا؛ يقول لي: «لم أتزوجك من أجل الجنس، لا يهم». أعتقد أنه مرتاح للغاية لأنني لم أعد الشخص الذي كنت عليه خلال السنوات الأولى من زواجنا. لقد وجدت حياتنا الاستقرار مرة أخرى. أستطيع أن أرى فيه الصفات التي أردتها، وقد عاد الأمان العاطفي. عاد الشعور بالقُرب والدفء. أنا متطلبة جدًّا وهو الآن يلبي كل احتياجاتي، وهو يحب القُرب واحتضاني أيضًا. لقد جعلني أشعر أنني شخص جيد. وأنا سعيدة لوجودي معه مرة أخرى. إنه يحبني وهذا بمنزلة كنز لي الآن. ما لا يقل عن ثمانين في المئة من علاقتنا أصبحت الآن رائعة».

«أشعر بتحسن مصطنع قليلًا. عندما انخفض مقدار الدواء الذي أتناوله بمقدار عشرة مليجرامات، كانت تأتي لحظات الاكتئاب وكانت مزعجة للغاية ومؤلمة حقًّا ويصعب الخروج منها، على الرغم من أنني يكون بإمكاني انتشال نفسي منها وأفعل ذلك. ما زلت أشعر أنني بحاجة إلى الدواء لإبقائي في حالة مستقرة. إذ لا أشعر بالاستقرار دونه. لا أشعر بالسعادة نفسها التي شعرت بها عندما كنت أخطط لحفل الزفاف. إذا شعرت بأمان معقول، فسوف أتوقف عن تناول الدواء؛ لكنني لا أشعر بالأمان. أجد صعوبة متزايدة في رسم خط فاصل بين الشخص المكتئب وغير المكتئب. أعتقد أن الميل للاكتئاب أقوى بكثير في داخلي حتى من الاكتئاب الفعلي. الاكتئاب ليس كل شيء ولا يُشكل كل حياتي. فأنا لن أستلقي على سريري لبقية حياتي وأعاني. إن الأشخاص الذين ينجحون رغم الاكتئاب يفعلون ثلاثة أشياء. أولًا، يسعون إلى فهم ما يحدث. ثم يقبلون أن هذا وضع دائم. ومن ثم يتعين عليهم أن يتجاوزوا تجربتهم بطريقة أو بأخرى ويتعلمون منها ويخرجون منها إلى عالم الأشخاص الحقيقيين. بمجرد الانتهاء من هاتين الخطوتين، ستدرك أنه يمكنك التفاعل مع العالم وعيش حياتك ومواصلة وظيفتك. تتوقف حينها عن الشعور بكونك معاقًا للغاية وعاجزًا، وتشعر بالنصر! إن الشخص الذي يتعامل مع الاكتئاب ولكنه يستطيع أن يضع جانبًا الانشغال بذاته هو أكثر قدرة على تحمل الاكتئاب من الشخص الذي لا يستطيع فعل ذلك. في البداية، عندما أدركت أنني

سأظل أرقص مع مزاجي مدى الحياة، شعرت بمرارة شديدة. لكن الآن أشعر أنني لست عاجزة. لقد أصبح هذا محورًا رئيسيًّا في حياتي: كيف يمكنني أن أنمو وأزدهر من هذا الوضع؟ ربما يؤلمني الآن، لكن كيف يمكنني أن أتعلم منه؟ لقد فهمت ذلك، وأنا محظوظة». إن طبيعتها المتعطشة للبحث والمعرفة -مثلها مثل أي علاج تجريبي- هي التي سمحت لها بعيش حياة سليمة إلى حد ما على الرغم من كل الصعوبات التي واجهتها.

من بين العلاجات الجماعية التي درستها، فإن العلاج الذي بدا لي أكثر دقة ورعاية، الذي يجعل الناس أقرب إلى إيجاد حل، كان مبنيًّا على عمل الألماني بيرت هيلينجر. هيلينجر هو كاهن سابق كان ذات يوم مبشرًا إلى شعب الزولو، لديه عدد كبير من المتابعين المتفانين لعمله المشابه لمدرسة الجشطالت.[27] جاء أحد تلاميذ هيلينجر، وهو راينهارد لير، إلى الولايات المتحدة في عام 1998 وقدم برنامجًا علاجيًّا مكثفًا، شاركتُ فيه، وتحولت شكوكي الأولية تدريجيًّا إلى احترام للعملية بينما أصبحت أكثر انخراطًا فيها. كان لعلاج لير بعض التأثير عليَّ، ورأيت أنه كان له تأثير هائل على الآخرين في المجموعة. ومثل إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة، ربما يكون العمل بأسلوب هيلينجر أكثر فاعلية للأشخاص الذين يتعاملون مع الصدمات؛ ولكن بالنسبة إلى لير، فإن الشيء المؤلم يمكن أن يكون حقيقة أساسية -«أمي كرهتني»، على سبيل المثال- وليس حدثًا واحدًا محددًا بالزمن.

اجتمعت مجموعة مكونة من عشرين شخصًا تقريبًا وأسسوا الثقة من خلال بعض التمارين الأساسية. ثم طُلب من كلٍّ منا أن يبني قصة عن الشيء الأكثر إيلامًا في حياته. شاركنا رواياتنا وطُلب منا اختيار أشخاص من المجموعة لتمثيل الشخصيات الأخرى في رواياتنا. ثم وضع لير هؤلاء الأشخاص في علاقة مع بعضهم بعضًا، مع إعادة سرد القصص بطريقة تهدف إلى التوصل إلى حلول أفضل. اخترت وفاة والدتي كنقطة أصل لاكتئابي. لعب شخص ما دور والدتي، وشخص آخر والدي، وشخص آخر أخي. قال لير إنه يريد أجدادي هناك أيضًا، الجد الذي عرفته والثلاثة الذين لم أعرفهم. وبينما كان يتنقل بيننا، طلب مني توجيه الحديث إلى هذه الشخصيات المختلفة. سألني «ماذا تقول لوالد والدتك الذي مات عندما كانت والدتك صغيرة جدًّا؟». من بين كل الأساليب العلاجية التي خضعت لها لعلاج الاكتئاب، ربما كان هذا هو العلاج الأكثر ارتباطًا بالكاريزما الشخصية للممارسة. كان لير قادرًا على إثارة قدر كبير من القوة في كل واحد منا، وبحلول الوقت الذي أكملت فيه عشرين دقيقة من تمرينه وقول أشياء معينة، شعرت كما لو كنت أتحدث إلى والدتي مرة أخرى، وأخبرتها بعض الأشياء التي فكرت بها أو شعرت بها. لكن تبدد السحر في النهاية، ووجدت نفسي مرة أخرى في غرفة ندوات في مركز مؤتمرات في نيوجيرسي، لكنني غادرت ذلك اليوم وأنا أشعر بالهدوء، كما لو أن شيئًا ما قد حُل. ربما كان الأمر بسبب حقيقة توجيه الكلمات إلى هذه القوى التي لم أتحدث إليها قط، هؤلاء الأجداد وأمي المفقودة، لكنني تأثرت بهذه العملية واعتقدت أنها تحتوي على شيء مقدس فيها. إنها لن تعالج الاكتئاب، لكنها قد تجلب قدرًا من السلام.

كان الرجل الأكثر إقناعًا في مجموعتنا هو رجل من أصل ألماني اكتشف أن والديه كانا يعملان في معسكر اعتقال. ولأنه غير قادر على التعامل مع هذه الفكرة المرعبة، فقد أصبح مكتئبًا بشدة. خلال خطاباته أمام جميع أفراد عائلته المختلفين، الذين وُضِعوا جسديًّا بالقرب منه وبعيدًا عنه بواسطة راينهارد لير، بكى الرجل كثيرًا. قال له لير ذات مرة: «هذه والدتك. لقد فعلت أشياء فظيعة، لكنها أحبتك أيضًا وحمتك عندما كنت طفلًا. أخبرها أنها خانتك، ثم أخبرها أنك ستحبها دائمًا. لا تحاول أن تسامحها». يبدو الأمر مفتعلًا، لكنه كان في الواقع قويًّا بشكل جميل.

من الصعب التحدث عن الاكتئاب في أثناء فترة الاكتئاب حتى مع الأصدقاء، وبالتالي فإن فكرة مجموعات دعم الاكتئاب تبدو غريبة. ومع ذلك، فقد تكاثرت هذه المجموعات مع اكتشاف حالات الاكتئاب على نطاق أوسع، ومع تضاؤل التمويل المخصص للعلاج. لم أذهب إلى مجموعات الدعم خلال فترة اكتئابي بسبب التكبر واللامبالاة والجهل والشعور بالخصوصية، لكنني بدأت أذهب بينما كنت أعمل على هذا الكتاب. هناك المئات من المنظمات، معظمها مستشفيات، تدير مجموعات دعم في جميع أنحاء الولايات المتحدة وحول العالم. تدير جمعية الاكتئاب والاضطرابات العاطفية ذات الصلة (DRADA) في جامعة جونز هوبكنز اثنتين وستين مجموعة دعم مختلفة، وقد أنشأتْ نظامًا فرديًّا للأصدقاء. تعدُّ منظمة مجموعات دعم اضطرابات المزاج (MDSG)، ومقرها نيويورك، أكبر منظمة دعم في الولايات المتحدة، حيث تدير أربع عشرة مجموعة دعم كل أسبوع وتخدم نحو سبعة آلاف مشارك سنويًّا؛ كما ترعى عشر محاضرات سنويًّا، يحضر كل منها نحو مائة وخمسين شخصًا. تُعقد اجتماعات المنظمة في عدة مواقع؛ كنت أذهب غالبًا إلى مجموعات مستشفى بيث إسرائيل في نيويورك في الساعة السابعة والنصف كل ليلة جمعة، وهو الموعد الذي يناسب المكتئبين لأن معظمهم لا يكون لديه مواعيد غرامية. من أجل الدخول، يتعين عليك دفع 4 دولارات نقدًا، وستحصل على ملصق يحمل اسمك الأول فقط، الذي ترتديه في أثناء الاجتماعات مع نحو عشرة أشخاص آخرين وشخص مساعد. أولًا، يقدِّم الجميع أنفسهم ويشرحون ما يريدونه من الاجتماع. ثم يُفتَح باب مناقشة أكثر عمومية. يحكي الناس قصصهم ويقدمون النصائح لبعضهم بعضًا، ويمارسون أحيانًا ألعاب التنافس في البؤس. تستمر الجلسات لمدة ساعتين. تكون الجلسات مفجعة ومليئة بالأشخاص المقاومين للعلاج والمنبوذين الذين لديهم تاريخ طويل من الصراع مع الاكتئاب واضطرابات المزاج. تهدف مجموعات الدعم هذه إلى التعويض عن النقص المتزايد في التواصل الشخصي في أنظمة الرعاية الصحية. لقد أضرَّ العديد من الحاضرين في هذه المجموعات بعلاقاتهم بسبب أمراضهم وعانوا فقدان عائلاتهم وأصدقائهم.

في زيارة معتادة، ذهبت إلى غرفة مضاءة بضوء الفلورسنت ووجدت عشرة أشخاص ينتظرون أن يرووا قصصهم. غالبًا ما يصعب على الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب الاهتمام بمظهرهم، وغالبًا ما يجدون أن الاستحمام يستهلك الكثير من الطاقة. وبدا كثيرون في

المجموعة أشعثين، مما عكس اضطرابهم الداخلي. ذهبت سبعة أيام جمعة. في المرة الأخيرة التي كنت فيها هناك، تحدث جون أولًا، لأنه كان يحب التحدث وكان أداؤه جيدًا وكان يأتي كل أسبوع تقريبًا لمدة عشر سنوات ولديه خبرة في الأمر. لقد حافظ جون على وظيفته، ولم يفوت يومًا واحدًا من العمل. كان مترددًا في استخدام الأدوية وبدلًا من ذلك جرب الأعشاب والفيتامينات، معتقدًا أنه قادرٌ على التغلب على اكتئابه. وكانت دانا مكتئبة جدًّا لدرجة أنها لم تتمكن من التحدث الليلة. سحبت ركبتيها تحت ذقنها ووعدت بأنها ستحاول التحدث لاحقًا. أما آن فلم تكن تحضر منذ فترة. لقد مرت بوقت عصيب؛ ثم تناولت دواء إيفكسور وقد ساعدها كثيرًا. ثم عندما رفع الطبيب جرعتها، أصيبت بجنون الارتياب والانهيار التام، معتقدة أن المافيا كانت تستهدفها وحصَّنت نفسها في شقتها. وانتهى بها الأمر بدخول المستشفى وتلقت أدوية مختلفة، بما في ذلك العلاج بالصدمات الكهربائية. لقد محى العلاج بالصدمات الكهربائية العديد من ذكرياتها منذ ذلك الوقت. اعتادت آن أن تشغل منصبًا تنفيذيًّا مرموقًا ولكنها الآن تكسب عيشها من خلال رعاية قطط الناس. في ذلك اليوم، فقدت اثنين من عملائها، الأمر الذي كان يمثل تحديًا عاطفيًّا، لذلك قررت أن تأتي الليلة. أما إيلر فاغرورقت عيناها بالدموع، وقالت: «أنتم جميعًا لطيفون للغاية، وتستمعون لبعضكم بعضًا. لكن بالخارج، لا أحد يستمع. كان لدي الكثير من الأصدقاء، لكنهم لم يعودوا موجودين الآن. لكنني أحاول التعايش والتأقلم. إن التجول بين قططي المختلفة أمر جيد، فهو يحافظ على بعض الحركة، فالمشي مفيد».

وأُجبر جايمي على الاستقالة من وظيفته في «هيئة حكومية» لأنه تغيَّب لعددٍ كبير من الأيام. وكان إيلي في إجازة إعاقة لمدة ثلاث سنوات. أدرك أن معظم الأشخاص الذين كان لا يزال يعرفهم، لن يفهموا ذلك. لذا تظاهر إيلي بأنه لا يزال يحتفظ بوظيفته ولم يرد على الهاتف في أثناء النهار. لقد بدا بصحة جيدة الليلة، أفضل من السابق. قال: «إذا لم أتمكن من الحفاظ على المظاهر، فسوف أقتل نفسي. هذا كل ما يجعلني أستمر». كان هوي هو التالي. كان صامتًا بينما يحتضن معطفًا كبيرًا من الريش. اعتاد هوي أن يأتي كثيرًا ويتحدث نادرًا. كان يبلغ من العمر حينها أربعين عامًا ولم يكن لديه أي وظيفة بدوام كامل. قبل أسبوعين، أعلن أنه على وشك أن ينخرط في وظيفة، وأن يُحدث تغييرًا في دخله، وأن يكون مثل أي شخص عادي. لقد كان يتناول بعض الأدوية الجيدة التي يبدو أنها تساعده. ولكن ماذا لو توقفت الأدوية عن العمل؟ هل يمكنه استعادة دخل تأمين الإعاقة (SSI) الذي يبلغ 85 دولارًا شهريًّا؟ طلبنا منه جميعًا أن يجرب الوظيفة، لكنه أخبرنا الليلة أنه رفضها؛ لقد كان الأمر مخيفًا جدًّا بالنسبة إليه. سألته آن ما إذا كانت حالته المزاجية ثابتة، وما إذا كان للأحداث الخارجية أي تأثير، وما إذا كان يشعر باختلاف عندما أخذ إجازة. نظر هوي إليها بهدوء وقال: «لم أحصل على إجازة قط». ظل الجميع ينظرون إليه. ثم سحب قدميه نحوه وقال: «معذرة، أقصد أنني لم يكن لدي أي شيء لأحصل على إجازة منه على الإطلاق».

قالت بولي: «أسمع الناس يتحدثون عن ركوب الدراجات، وعن الدخول والخروج من الحالة المزاجية، وأشعر بالغيرة حقًا. بالنسبة لي، لم يكن الأمر هكذا قط. لقد كنت دائمًا على هذا النحو؛ لقد كنت طفلة مريضة، وغير سعيدة، وقلقة. هل بقي لي أي أمل؟» لقد كانت تتناول نارديل واكتشفت أن تناول الكلونيدين بجرعات صغيرة أنقذها من التعرق الشديد الذي عانته. لقد كانت في الأصل تتناول الليثيوم، لكنه جعلها تكتسب نحو خمسة عشر رطلًا شهريًا، لذا توقفت عن تناوله. اعتقد أحدهم أنها يجب أن تُجرب عقار ديباكوت، الذي يمكن أن يكون مفيدًا مع ناردیل. كان تناول الطعام المحدود مع ناردیل يُعَد ألمًا حقيقيًا. قال جايمي إن باكسيل جعله أكثر مرضًا. وقالت ماجز إنها أخذت باكسيل ولم ينجح الأمر معها. بدا أن ماجز تتحدث في خضم ضبابٍ كثيف. وقالت: «لا أستطيع أن أقرر. لا أستطيع أن أقرر أي شيء». كانت ماجز غير مبالية لدرجة أنها لم تغادر السرير لأسابيع متواصلة. وصل الأمر إلى أن معالجها كاد أن يجبرها على الانضمام إلى هذه المجموعة. وقالت: «قبل العلاج، كنت شخصًا عصبيًا وبائسًا وذا ميول انتحارية. الآن أنا لا أهتم بأي شيء». ثم جابت أنظارها الغرفة كما لو كنا هيئة محلفين تنتظر قرارنا. «أيهما أفضل؟ أي شخص يجب أن أكون؟» قال جون وهو يهز رأسه. «هذه هي المشكلة، كيف يكون العلاج أسوأ من المرض». ثم جاء دور شيريل. نظرت حولها ولكن كان يمكنك أن تقول إنها لا ترى أيًا منا. لقد أحضرها زوجها إلى هنا على أمل أن يساعدها وكان ينتظرها في الخارج. قالت بصوت منخفض مثل مشغل أسطوانات قديم بطيء: «أشعر...أشعر كما لو أنني مت منذ بضعة أسابيع، لكن جثتي لم تُكتَشف بعد».

كان هذا التجمع الحزين للألم المشترك بمنزلة تحرر فريد من العزلة للعديد من الأشخاص هناك. تذكرت في أحلك أوقاتي تلك الوجوه المتلهفة المتسائلة التي كانت تنظر إلي، أو إلى والدي وهو يقول: «هل تشعر أنك أفضل؟» وكم شعرت بخيبة الأمل عندما قلت: «لا، ليس حقًا». كان بعض الأصدقاء رائعين، لكن مع آخرين شعرت بأنني مضطر إلى أن أكون لبقًا ومَرِحًا. كنت أقول لهم أشياء من قبيل: «أود بالتأكيد أن آتي معكم للتنزه، لكنني أعاني بالفعل انهيارًا عصبيًا الآن، فهل يمكننا أن نؤجل ذلك؟» من السهل الحفاظ على الأسرار من خلال قول الصدق بنبرة صوت ساخرة. ومع ذلك، في مجموعة الدعم، كان هناك فهم أساسي له قيمة كبيرة. وفي مواجهة مقاومتي، بدأت أتقبل هذه التجربة المشتركة. هناك الكثير مما لا يمكن قوله في أثناء الاكتئاب، ولا يمكن فهمه إلا من قِبل الآخرين الذين يعرفونه. قالت إحدى النساء عن الجهود المتواصلة التي تبذلها أسرتها لإقناعها بالخروج والاستمتاع: «كان الأمر كما لو كنت على عكازين، ويطلبون مني أن أرقص». هناك الكثير من الألم في العالم، ومعظم هؤلاء الأشخاص يحتفظون بأسرارهم، ويعيشون حياة مؤلمة في كراسي متحركة غير مرئية، وأجسادهم مليئة بالضمادات غير المرئية. لقد دعمنا بعضنا بعضًا بكلماتنا. في إحدى الليالي، قالت «سو»، بعدما أفسدت كحل عينيها من البكاء، وهي تعاني الألم: «أريد أن أعرف ما إذا كان أي منكم قد شعر بهذا الشعور وتمكّن من تجاوزه. ليخبرني أحدكم ذلك. لقد قطعت هذه المسافة وأتيت

هنا لسماع ذلك، هل هذا صحيح، من فضلكم أخبروني أنه كذلك». وفي ليلة أخرى قال أحدهم: «إن روحي تؤلمني كثيرًا؛ أنا فقط بحاجة إلى التواصل مع الآخرين».

تقدم أيضًا المنظمة دعمًا عمليًّا، وبخاصة للأشخاص الذين لا يحظون بدعم الأصدقاء والعائلة والتأمين الصحي الممتاز. يواجه العديد من الحاضرين التحدي المتمثل في الحاجة إلى إخفاء اكتئابهم عن أصحاب العمل أو عند التقديم لأي عمل، الأمر الذي قد يكون مهمة صعبة دون اللجوء إلى الكذب. لسوء الحظ، غالبًا ما كان الأشخاص الذين قابلتهم في المجموعة يقدمون لبعضهم بعضًا دعمًا عاطفيًّا ممتازًا، لكنهم قدموا نصائح سيئة. إذا تعرضت لالتواء في كاحلك، فقد يتمكن الأشخاص الآخرون المصابون بالتواء في الكاحل من إعطائك نصائح مفيدة، ولكن إذا كنت مصابًا بمرض نفسي، فيجب ألا تعتمد على الأشخاص المصابين بمرض نفسي ليخبروك بما يجب عليك فعله. لقد اعتمدت على معرفتي بالقراءة، وصُدِمت من النصائح السيئة التي قدمها الكثير من هؤلاء الأشخاص، ومع ذلك، كان من الصعب إثبات نفسي كمصدر موثوق للمعلومات. على سبيل المثال، كان من الواضح أن كريستيان لديه اضطراب ثنائي القطب، ولم يتناول أي علاج، وكان غارقًا في نوبة هوس. كنت متأكدًا من أنه ستنتابه أفكار انتحارية قبل نشر هذا الكتاب. وفكرت ناتاشا في التوقف عن تناول دواء باكسيل قبل الأوان، وخضعت كلوديا لما بدا وكأنه علاج سيئ ومفرط بالصدمات الكهربائية يتبعه الإفراط في تناول الدواء، وفكَّر جايمي في العلاج بالصدمات الكهربائية، لكن لم يكن متأكدًا من كيفية عمله ووجد أن تجربة كلوديا غير مُطمئنة.

ذات مرة، كان أحدهم يتحدث عن محاولة شرح الأمور لأصدقائه، فسأل ستيفن -وهو أحد أعضاء المنظمة منذ فترة طويلة- المجموعة: «هل لديكم أصدقاء في الخارج؟» قلت أنا وشخص واحد فقط إننا لدينا. قال ستيفن: «أحاول تكوين صداقات جديدة، لكنني لا أعرف كيف يتم ذلك. لقد كنت منعزلًا لفترة طويلة. أخذت دواء بروزاك وكان فعالًا لمدة عام ثم توقفت فاعليته. أعتقد أنني تحسنت كثيرًا في ذلك العام، لكنني خسرت كل ذلك». نظر إليَّ بفضول يشوبه الحزن. كان من الواضح أنه شخص لطيف وذكي، كما قال له أحدهم ذلك المساء. سألني: «كيف تتعرف على الناس بالخارج؟» وقبل أن أتمكن من الإجابة أضاف: «وعندما تلتقيهم، ما الذي تتحدث عنه؟».

مثل جميع الأمراض، فإن الاكتئاب يصيب أي شخص دون تفرقة، لكنني لم أقابل أي شخص تعجبت من إصابته بالاكتئاب بقدر فرانك روساكوف، البالغ من العمر تسعة وعشرين عامًا. لقد كان حسَن الكلام والمظهر ومهذبًا ولطيفًا ودمثًا. شخص يبدو طبيعيًّا تمامًا، إلا أنه يعاني اكتئابًا رهيبًا. في إحدى المرات، كتب: «هل تريد ما بداخل رأسي؟ تفضل. ليس بالضبط ما كنت تتوقعه، أليس كذلك؟ وليس بالضبط ما توقعته أنا أيضًا».[28] بعد عام أو نحو ذلك من تخرجه في الكلية، كان فرانك روساكوف موجودًا في السينما عندما أصابه الاكتئاب الأول. وفي السنوات السبع التالية، دخل المستشفى للرعاية ثلاثين مرة.

أصابته أول نوبة فجأة، «وأنا أقود سيارتي في طريق عودتي إلى المنزل من أحد الأفلام، أخذت تراودني فكرة أن أقود السيارة بأقصى سرعة نحو شجرة وأصطدم بها. شعرت وكأن هناك ثقلًا يدفع قدمي إلى الأسفل. كنت أعلم أنني لا أستطيع القيادة إلى المنزل لأن هناك عددًا كبيرًا جدًّا من الأشجار في هذا الاتجاه، وكانت مقاومتها تزداد صعوبة، لذلك توجهت إلى المستشفى». خلال السنوات التي تلت ذلك، تناول فرانك كل الأدوية التقليدية ولم تُحدِث أي تأثير. «في المستشفى، حاولت بالفعل خنق نفسي حتى الموت». وأخيرًا ذهب إلى العلاج بالصدمات الكهربائية. لقد ساعده، لكنه جعله أيضًا مهووسًا لفترة وجيزة. يتذكر قائلًا: «لقد أصابتني الهلوسة، وهاجمت مريضًا آخر، واضطررت إلى البقاء وحدي في غرفة لفترة من الوقت». ولمدة خمس سنوات بعد ذلك، كان يخضع فرانك لجولة علاج بالصدمات الكهربائية كلما عاد الاكتئاب مرة أخرى، وهو ما كان يحدث عادة مرة واحدة كل ستة أسابيع تقريبًا. وصف له الطبيب الليثيوم، وويلبوترين، وأتيفان، ودوكسيبين، وسيتوميل، وسينثرويد. «إن العلاج بالصدمات الكهربائية ينجح، ولكنني أكرهه. إنه آمن تمامًا وأود أن أوصي به، لكنهم يوصلون الكهرباء إلى رأسك، وهذا مخيف. كما أكره مشكلات الذاكرة. وهو يسبب لي صداعًا. أخشى دائمًا أن يفعلوا شيئًا خاطئًا، أو أن أموت بالداخل. أحتفظ بمذكرات لي حتى أتمكن من تذكر ما حدث؛ وإلا فلن أعرف أبدًا».

قد يكون لدى الأشخاص تفضيلات علاجية مختلفة، لكن الجراحة تعتبر الخيار النهائي للجميع. أصبحت الجراحات الفصية Lobotomies، التي أُجريت لأول مرة في مطلع القرن، شائعة في ثلاثينيات القرن العشرين، وبخاصة بعد الحرب العالمية الثانية. كان المحاربون القدامى العائدون من الحرب الذين يعانون صدمة الحرب أو العصاب يخضعون بشكل روتيني لعمليات خرقاء يُفصَل فيها فصل الفص الجبهي (أو أجزاء أخرى من الدماغ). وفي ذروة عمليات قطع الفصوص، كانت تُجرى نحو خمسة آلاف عملية جراحية سنويًّا في الولايات المتحدة، مما يتسبب في وفاة ما بين 250 إلى 500 شخص سنويًّا. ولا يزال هذا التاريخ المظلم يطارد مجال الجراحة النفسية. يقول إليوت فالنشتاين، الذي كتب تاريخ الجراحة النفسية: «للأسف، لا يزال الناس يربطون هذه العمليات الجراحية بالتحكم في العقل ويهربون منها». في كاليفورنيا، حيث كان العلاج بالصدمات الكهربائية غير قانوني لفترة من الوقت، لا تزال الجراحة النفسية غير قانونية. يقول فالنشتاين: «إن الأرقام المتعلقة بالجراحة النفسية مهمة. نحو سبعين بالمائة من المستهدفين -الأشخاص الذين لم يستجيبوا لكل شيء آخر- لديهم على الأقل بعض الاستجابة؛ ونحو ثلاثين بالمائة من هؤلاء يُظهِرون تحسنًا ملحوظًا حقًّا. يُنفَّذ هذا الإجراء فقط للأشخاص الذين يعانون مرضًا نفسيًّا شديدًا ومستمرًّا ولا يستجيبون للأدوية والعلاج بالصدمات الكهربائية، الذين لم يستجيبوا لأي شيء، الذين يظلون عاجزين بفعل مرضهم أو يعانون بشدة؛ أي الحالات الأكثر مقاومة. إنه بمنزلة الملاذ الأخير. نحن نقوم به بحرص، وفي بعض الأحيان يتعين علينا القيام بذلك مرتين أو ثلاث مرات، لكننا نُفضل

القيام بالأمر على النموذج الأوروبي، وهو إجراء المزيد من العمليات الجراحية الكبرى على الفور. ومع عملية بضْع الحزام، لم نجد أي تغيير دائم في الذاكرة، أو في الوظيفة المعرفية أو الفكرية».

عندما التقيت فرانك لأول مرة، كان قد عاد لتوه من إجراء عملية بضع الحزام. في هذا الإجراء، تُجمَّد فروة الرأس موضعيًّا ويحفر الجراح ثقبًا صغيرًا في الجزء الأمامي من الجمجمة. ثم يضع قطبًا كهربائيًّا مباشرة على الدماغ لتدمير مناطق من الأنسجة تبلغ مساحتها نحو ثمانية × ثمانية عشر ملم. تُجرى العملية تحت التخدير الموضعي. تُجرى الآن هذه الجراحة في أماكن قليلة فقط، وأبرزها مستشفى ماساتشوستس العام في بوسطن، حيث خضع فرانك للفحص والعملية على يد ريس كوسجروف، الجراح النفسي الرائد في الولايات المتحدة.

ليس من السهل الدخول في بروتوكول بضْع الحزام. حيث يجب أن تخضع لوابل لا نهاية له من الفحوصات والاختبارات والأسئلة من قِبل لجنة فحص. يستغرق فحص ما قبل الجراحة اثني عشر شهرًا على الأقل. المركز الأكثر نشاطًا الذي تُجرى فيه تلك العمليات هو مركز ماس جينيرال Mass General، حيث يقوم بخمس عشرة أو عشرين منها فقط سنويًّا. وكما هو الحال مع مضادات الاكتئاب، عادة ما يكون للجراحة تأثير متأخر، وغالبًا ما تظهر الفائدة بعد ستة أو ثمانية أسابيع، لذا فإن الفائدة على الأرجح لا تأتي من القضاء على خلايا معينة ولكن مما يحدثه القضاء على تلك الخلايا على عمل خلايا أخرى. يقول كوسجروف: «نحن لا نفهم الفيزيولوجيا المرضية لذلك بالضبط؛ ليس لدينا أي فهم لآليات نجاحه».

قال لي فرانك عندما التقينا: «لدي آمال بشأن عملية بضع الحزام». ووصف العملية بهدوء. «سمعت أداة الحفر تدخل إلى جمجمتي، مثلما يحدث عندما تكون عند طبيب الأسنان. لقد حفروا ثقبين حتى يتمكنوا من حرق المناطق المتضررة في دماغي. قال طبيب التخدير إنه إذا أردت المزيد من التخدير، فيمكنني ذلك، وكنت مستلقيًا هناك وأستمع إلى جمجمتي وهي تنفتح، فقلت: «يا له من رعب؛ إنه أمر مخيف. هل يمكنك تخديري أكثر؟» آمل أن ينجح الأمر؛ إذا لم ينجح فلدي خطة لكيفية إنهاء كل شيء، لأنني لا أستطيع الاستمرار على هذا النحو».

وبعد بضعة أشهر كان يشعر بتحسن طفيف ويحاول إعادة بناء حياته. «يبدو أن مستقبلي غائم في الوقت الحالي. أريد أن أكتب، لكن ثقتي منخفضة جدًّا. لا أعرف أي نوع من الكتابة يمكنني القيام به. أعتقد أن الشعور بالاكتئاب طوال الوقت كان في الواقع مكانًا آمنًا نسبيًّا. لم تكن لدي مخاوف العالم الحقيقي التي يشعر بها أي شخص آخر لأنني كنت أعلم أنني ببساطة لا أستطيع العيش بشكل طبيعي بما يكفي لرعاية نفسي. لكل ماذا أفعل الآن؟ إن محاولة كسر عادات سنوات الاكتئاب هو ما أفعله حاليًّا مع طبيبي».

لقد كانت جراحة فرانك بالإضافة إلى تناول عقار زيبريكسا ناجحة. خلال العام التالي، أُصيب ببعض النوبات، لكنه لم يدخل المستشفى مرة واحدة. خلال هذا الوقت كتب لي عن

التقدم الذي أحرزه ووصف قدرته على البقاء مستيقظًا طوال الليل للاحتفال بزفاف أحد الأصدقاء. قال: «في السابق، لم أكن أستطيع فعل ذلك لأنني كنت خائفًا دائمًا من أن أؤثر على مزاجي غير المستقر». قُبِل بعد ذلك في برنامج الدراسات العليا في جامعة جونز هوبكنز لتعلم الكتابة العلمية. وبخوف شديد قرر الحضور. كان لديه صديقة كان سعيدًا بوجودها. «أنا مدهوش نوعًا ما من مسألة أن هناك شخصًا يريد الانخراط معي في علاقة رغم كل المشكلات الواضحة التي ترافقني، لكنني متحمس حقًّا لأن أحظى بالرفقة والرومانسية. أتطلع لذلك للغاية».

أكمل بنجاح دراساته العليا وحصل على وظيفة في شركة ناشئة. كتب لي في أوائل عام 2000 عن الكريسماس. «لقد قدم لي والدي هديتين: أولًا، رف أقراص مضغوطة أنيق مزود بمحرك. إنه غير ضروري وباهظ الثمن، لكن والدي كان يعلم أنني سأسعد به. فتحت ذلك الصندوق الضخم ورأيت شيئًا لم أكن بحاجة إليه على الإطلاق، وعلمت أن والدي كان يحتفل بي لأنني أصبحت قادرًا على العيش بمفردي، ولدي وظيفة يبدو أنني أحبها، ويمكنني دفع فواتيري بنفسي. أما الهدية الأخرى فكانت صورة جدتي التي انتحرت. وعندما فتحت الهدية، بدأت في البكاء. كانت جميلة. كانت صورتها من الجانب وهي تنظر إلى الأسفل. قال أبي إنها من أوائل الثلاثينيات تقريبًا. كانت موضوعة في إطار أزرق جميل. اقتربت أمي مني وسألتني إذا كان بكائي بسبب كل الأقارب الذين لم أرهم قط، فقلت: «كانت تعاني المرض نفسه الذي أعانيه». أنا أبكي الآن ليس لأنني حزين بل لأن المشاعر تغمرني. ربما كان من الممكن أن أقتل نفسي ولكني لم أفعل ذلك لأن مَن حولي أقنعوني بالاستمرار. أنا على قيد الحياة وممتن لوالديَّ وأطبائي. نحن نعيش في عصر يوفر الأمل، حتى لو لم نشعر بذلك دائمًا».

يسافر الناس من جميع أنحاء غرب إفريقيا، وبعضهم من أماكن أبعد، لحضور احتفالات نديوب ndeup الباطنية للأمراض النفسية التي يمارسها شعب الليبو في السنغال.[29] انطلقتُ إلى إفريقيا لاستكشافها. قال رئيس المستشفى النفسي الأولي في داكار، الدكتور دو دو سار، الذي يمارس الطب النفسي على النمط الغربي، إنه يعتقد أن جميع مرضاه لجؤوا إلى العلاجات التقليدية. قال: «إنهم يشعرون أحيانًا بالحرج من إخباري عن هذه الممارسات، لكنني أعتقد أن العلاج التقليدي والحديث، على الرغم من أنهما يجب أن يظلا منفصلين، يجب أن يتعايشا؛ إذا كان لدي مشكلة ولم تعالجني الأدوية الأجنبية، فسأطلب المساعدة التقليدية». وحتى في مؤسسته، تسود العادات السنغالية. للتسجيل هناك، يجب على الشخص المريض أن يأتي مع أحد أفراد الأسرة القائمين على رعايته حتى يتمكن كلاهما من البقاء في المستشفى؛ يتعلم مقدم الرعاية بعض المبادئ النفسية الأساسية حتى يتمكن من ضمان استمرار الصحة النفسية للشخص الذي يخضع للعلاج. المستشفى نفسه بدائي إلى حد ما إذ تبلغ تكلفة الغرف الخاصة 9 دولارات في اليوم، والغرف شبه الخاصة 5 دولارات، والغرف الكبيرة التي تحتوي على صفوف من الأسرة 1.75 دولارًا. المكان كله كريه الرائحة، وأولئك الذين شُخِّصوا بأنهم

مجانين بشكل خطير يُحبَسون خلف أبواب حديدية؛ ويمكنك سماع بكائهم وضجيجهم في جميع الأوقات. ولكن هناك حديقة جميلة حيث يزرع النزلاء الخضراوات، كما أن وجود العديد من القائمين على الرعاية يخفف إلى حد ما من هالة الغرابة المخيفة التي تجعل العديد من المستشفيات الغربية قاتمة للغاية.

إن احتفالات «نديوب» هي طقوس وثنية كانت تسبق الشعوذة على الأرجح. السنغال بلد مسلم، لكن النسخة المحلية من الإسلام تغض الطرف عن الممارسات القديمة التي تحدث سرًّا وعلنًا إلى حد ما؛ غالبًا ما تجتذب احتفالات نديوب التجمعات، لكن لا تُناقَش بشكل علني. وكانت والدة أحد الأصدقاء الذين انتقلوا إلى داكار منذ عدة سنوات تعرف معالجًا يمكنه إجراء الحفل، ومن خلالها رتبت للخضوع لحفل نديوب. في وقت متأخر من بعد ظهر يوم السبت، استقللنا أنا وبعض الأصدقاء السنغاليين سيارة أجرة من داكار إلى مدينة روفيسك، عبر أزقة صغيرة ومنازل متهالكة، لجمع الأشخاص الذين سيشاركون، حتى وصلنا أخيرًا إلى منزل ماري ضيوف، المرأة العجوز التي ستقيم الحفل. كانت جدة ماري ضيوف تُجري حفلات النديوب في هذا المكان وعلَّمت ماري. وقد تعلمت جدة ماري من جدتها، وقالت ماري إن تقاليد العائلة طويلة. جاءت ماري ضيوف لمقابلتنا، حافية القدمين، ترتدي غطاء رأس وثوبًا طويلًا مزينًا بصور مخيفة إلى حد ما للأعين ومزخرف بالدانتيل الأخضر. أخذتنا إلى المنطقة خلف كوخها، حيث كان هناك نحو عشرين وعاءً فخاريًّا كبيرًا والعديد من الأعمدة الخشبية القضيبية تحت أغصان شجرة الباوباب الضخمة. وأوضحت أن الأرواح التي أخرجتها من الناس كانت توضع في الأرض تحتها، وأنها تطعمهم من خلال هذه الأواني التي كانت كلها مملوءة بالماء والجذور. وإذا وجد هؤلاء الأشخاص الذين مروا بالتجربة أنفسهم في مشكلة، كانوا يأتون للاستحمام أو شرب ذلك الماء.

بعد أن رأينا كل هذا، تبعناها إلى غرفة صغيرة مظلمة نوعًا ما. تلى ذلك نقاش كبير حول ما يجب فعله، وقالت إن الأمر كله يعتمد على ما تريده الأرواح. أمسكت بيدي ونظرتْ إليها من كثب، كما لو كان عليها كتابة. ثم نفخت في يدي ووضعتها على جبهتي، وبدأت تتحسس ما حول جمجمتي، وسألتني عن عادات نومي وعما إذا كنت أعاني الصداع، ثم أعلنت أننا سنسترضي الأرواح بدجاجة بيضاء وديك أحمر وكبش أبيض. ثم بدأت المساومات حول سعر حفل النديوب؛ خفَّضنا السعر (إلى نحو 150 دولارًا) من خلال موافقتنا على شراء المكونات التي تحتاج إليها لأنفسنا وهي: سبعة كيلوجرامات من نبات الدخن، وخمسة كيلوجرامات من السكر، وكيلو واحد من جوز الكولا، ويقطينة واحدة، وسبعة أمتار من القماش الأبيض، ووعاءان كبيران، وحصيرة، وسلة، وهراوة ثقيلة، والدجاجتان، والكبش. أخبرتني أن بعض أرواحي (في السنغال، هناك أرواح في كل مكان، بعضها ضروري لك، وبعضها محايد، وبعضها ضار مثل الميكروبات قليلًا) كانوا يشعرون بالغيرة من علاقاتي الجنسية مع شركائي الأحياء وأن هذا هو سبب اكتئابي. وقالت: «علينا أن نضحي من أجل استرضائهم، وبعد ذلك

سيكونون هادئين، ولن تعاني ثقل الاكتئاب هذا. وستعود إليك شهيتك الكاملة وإقبالك على الحياة، وستنام بسلام دون كوابيس وسيزول ذلك الخوف المقيت».

قمنا برحلتنا الثانية إلى روفيسك فجر يوم الاثنين. خارج المدينة رأينا راعيًا وتوقفنا لشراء كبش. واجهنا بعض الصعوبة في إدخاله إلى صندوق سيارة الأجرة، حيث أصدر أصواتًا حزينة وقضى حاجته بكثرة؛ ثم سِرنا لمدة عشر دقائق أخرى ودخلنا مرة أخرى متاهة الشوارع الصغيرة في منطقة روفيسك الممتدة. تركنا الكبش مع ماري وذهبنا إلى السوق للحصول على الأغراض الأخرى، التي تراكمت على رأس إحدى صديقاتي مثل برج بيزا المائل؛ ثم عدنا بعربة يجرها حصان إلى منزل ماري ضيوف.

طُلب مني خلع حذائي، ثم نُقلت إلى المكان الذي توجد فيه الأواني. انتشر الرمل الطازج، وتجمعت خمس نساء، كلهن يرتدين ثيابًا فضفاضة مع قلائد ضخمة من العقيق وأحزمة مصنوعة من أكياس من القماش مثل النقانق (محشوة بتمائم وصلوات). إحداهن، في أواخر السبعين من عمرها، كانت ترتدي زوجين من النظارات الشمسية الضخمة. لقد أجبروني على الجلوس على حصيرة وساقاي ممدودتان ويداي مرفوعتان للأعلى من أجل مراسم العرافة. أخذت النساء كميات من الدخن وسكبنها في السلة، ثم أضفن مجموعة من الأشياء الشامانية المختلفة، بما في ذلك العصي القصيرة السميكة، وقرن، ومخلب، وحقيبة صغيرة مربوطة بإحكام بخيط، وجسم دائري مصنوع من قماش أحمر مزين بجلود البقر وشعر الخيل. ثم وضعن فوقي ثوبًا أبيض، ووضعن السلة على رأسي ست مرات، وعلى كل ذراع ست مرات، وبالمثل على سائر جسدي. ثم أعطينني العصي لأمسكها وأتركها، وتحدثت النساء واستشرن بعضهن بشأن الأنماط. كررتُ هذه العملية ست مرات بيدي ثم ست مرات بقدمي. جاءت عدة نسور وجلست على شجرة الباوباب فوقنا؛ بدا أن هذا يُبشِّر بالخير. ثم نزعت النساء قميصي ووضعن حول عنقي سلسلة من العقيق. فركن صدري وظهري بالدخن. طلبن مني الوقوف وخلع بنطالي الجينز وارتداء مئزر، وفركن ذراعي ورجلي بالدخن. وأخيرًا جمعن الدخن الذي سقط في كل مكان ولففنه في صحيفة وقلن لي إنني يجب أن أنام وهي تحت وسادتي لليلة واحدة ثم أعطيها لمتسول حسن السمعة وليس به تشوهات. ونظرًا لأن إفريقيا قارة التناقضات، كان الراديو يبث موسيقى فيلم «عربات النار» طوال تلك الطقوس بأكملها مما أضفى لمسة فريدة للحدث.

وصل خمسة قارعي طبول في ذلك الوقت وبدؤوا في القرع على الطبول. كان نحو اثني عشر شخصًا يتمايلون بالفعل، ومع انتشار صوت الطبول، بدأ المزيد والمزيد في التجمع حتى وصل عددهم إلى مائتي شخص تقريبًا، جميعهم أتوا لحضور حفل النديوب. شكَّلوا دائرة حول حصيرة العشب. كانت أرجل الكبش مقيدة، وكان يرقد على جنبه، وبدا مرتبكًا إلى حد ما من الأحداث. قيل لي إنني يجب أن أستلقي خلفه وأضمه إليَّ، كما لو كنا على السرير. غطوني بملاءة، ثم ربما بعشرين بطانية، لذلك كنت أنا والكبش (الذي كان عليَّ أن أمسكه من

قرونه) في ظلام دامس وحرارة خانقة. كانت إحدى البطانيات، التي رأيتها بعد ذلك، مطرزة بعبارة «أحبك» بالفرنسية. أصبحت الطبول أعلى فأعلى وأصبحت الإيقاعات أكثر صرامة، وتمكنت من سماع أصوات النساء الخمس يغنين. وعند نهاية الأغنية، توقف قرع الطبول. ثم بدأ صوت واحد ثم الطبول مجددًا ثم الأصوات الأربعة الأخرى وأحيانًا انضمت أيضًا أصوات مئات المتفرجين. طوال الوقت كانت النساء يرقصن حولي في دائرة ضيقة، وأنا أحتضن الكبش، وظلن يضربن في كل مكان بما اكتشفت لاحقًا أنه الديك الأحمر. كنت أتنفس بصعوبة، وكانت رائحة الكبش كريهة (لقد قضى حاجته مرة أخرى في سريرنا الصغير)، وكانت الأرض تهتز من حركة الحشد، وبالكاد تمكنت من الإمساك بالكبش الذي كان يتلوى بيأس متزايد.

أخيرًا أزحن البطانيات وساعدنني على النهوض وقدنني إلى الرقص على الطبول التي ظلت وتيرتها تتزايد. قادت ماري الرقص، وبينما صفق الجميع كنت أقلد حركاتها تجاه قارعي الطبول. تقدمت كل واحدة من النساء الأخريات بدورها إلى الأمام وكان عليَّ أن أقلدهن، وبعد ذلك جاءت نساء مختلفات واحدة تلو الأخرى من الحشد وكان عليَّ أن أرقص معهن أيضًا. شعرت بالدوار، فمدت ماري ذراعيها لي وكدت أن أسقط عليهما. وفجأة، أصبحت إحدى النساء وكأنها ممسوسة ورقصت بشكل هيستيري، وقفزت كما لو أن الأرض تشتعل من أسفلها، ثم انهارت تمامًا. علمت لاحقًا أنها خضعت لحقل النديوب قبل عام واحد فقط. عندما أصبحت ألهث تمامًا، توقفت الطبول فجأة، وقيل لي أن أخلع ملابسي الداخلية لأنني سأرتدي المئزر فقط الآن. كان الكبش مستلقيًا واضطررت إلى تجاوزه سبع مرات من اليمين إلى اليسار وسبع مرات من اليسار إلى اليمين، وبينما كنت واقفًا بساق واحدة على جانبيه، جاء رجل من الرجال الذين كانوا يقرعون ووضع رأس الكبش على حوض معدني وذبحه. مسح أحد جانبي سكينه على جبهتي والآخر على مؤخرة رقبتي. تدفق الدم وسرعان ما امتلأ نصف الوعاء. طُلب مني أن أغسل يدي في الدم وأن أفكّك الكتل عندما تبدأ بالتجمد. وفعلت ما قيل لي، وأنا لا أزال أشعر بالدوار، بينما قطع الرجل رأس الديك وخلط دمه بدم الكبش.

ثم غادرنا الحشد إلى المنطقة القريبة من الأواني، وهو المكان الذي كنت فيه في وقت سابق من ذلك الصباح. وهناك غطتني النساء بالدم. كان لا بد من وضعه على كل شبر من جسدي. فركنه في شعري ووجهي وأعضائي التناسلية وعلى أسفل قدمي. فركنه في جميع أنحاء جسمي. ثم بدأن في سحق الأجزاء شِبه المتخثرة من الدماء فوقي، وكانت التجربة ممتعة بشكل خاص. عندما أصبحت مغطى بالكامل بالدماء، قالت إحداهن إننا في منتصف النهار وقدمت لي مشروب كولا، فتناولته بكل سرور. وسمحت لي بغسل بعض الدم من يدي وفمي حتى أتمكن من الشرب. أحضر لي شخص آخر بعض الخبز. ثم قال شخص بعدما نظر في ساعة اليد التي يرتديها إنه من الأفضل أن نسترخي حتى الساعة الثالثة. ظهر بعض المرح المفاجئ في الإجراءات، وحاولت إحدى النساء أن تعلمني الأغاني التي كُن يغنينها حولي في الصباح عندما كنت مستلقيًا تحت البطانيات. كان مئزري مبللًا، وبدأ آلاف الذباب يستقر

فوقي، بعدما جذبته رائحة الدم. وفي هذه الأثناء بينما كان الكبش معلقًا في شجرة الباوباب، وكان أحد الرجال يسلخه، أمسك رجل آخر بسكين طويل وأخذ يحفر ببطء ثلاثة ثقوب دائرية تمامًا، يبلغ عمق كل منها نحو ثماني عشرة بوصة، بالقرب من أواني الماء الموجودة من حفلات النديوب السابقة. وقفت محاولًا إبعاد الذباب عن عيني وأذني. وأخيرًا، عندما اكتملت الثقوب وكانت الساعة الثالثة، قيل لي أن أجلس مرة أخرى، وربطت النساء ذراعي ورجلي وصدري بأمعاء الكبش. طُلب مني أن أغرز سبعة أعواد في عمق كل حفرة، وأطلب أمنية مع كل واحدة. ثم قسمنا رأس الكبش إلى ثلاثة أجزاء وجعلنا في كل ثقب جزءًا. ثم أضفن بعض الأعشاب وقطعة صغيرة من كل جزء منه، ثم قطعًا صغيرة من الديك. تناوبنا أنا وماري على وضع سبع كعكات من الدخن والسكر في كل ثقب. ثم أخرجت أكياسًا فيها سبعة مساحيق مختلفة، ورشت من كل واحد في كل ثقب شيئًا. ثم سكبنا بقية الدم. فككن وثاقي ثم سقطت الأمعاء في الثقوب. ووضعت ماري أوراقًا طازجة فوق كل شيء، وملأت الثقوب هي والرجل (الذي ظل يحاول قرص مؤخرتها)؛ وبعد ذلك كان عليَّ أن أدوس على كل منها ثلاث مرات بقدمي اليمنى. ثم رددت هذه الكلمات لأرواحي: «اتركوني؛ امنحوني السلام؛ ودعوني أعيش حياتي. لن أنساكم أبدًا». شيء ما في تلك التعويذة كان جذابًا بالنسبة لي بشكل خاص. عبارة «لن أنساكم أبدًا» أشعرتني كما لو كان على المرء أن يخاطب كبرياء الأرواح، كما لو كان يريد لهم أن يقبلوا طردهم من الأجساد.

غطت إحدى النساء وعاء من الطين بالدم ووضعته على المنطقة التي ملأناها للتو. ثم غرزن هراوة في الأرض، وسكبن خليطًا من الدخن والحليب والماء على جميع القدور الموجودة من الاحتفالات السابقة. كان وعاءنا مملوءًا بالماء وأُضيفت إليه مساحيق عشبية مختلفة. وبحلول ذلك الوقت، كان الدم قد أصبح متصلبًا علي وكان الأمر كما لو كنت مغطى بقشرة ضخمة، وكان جلدي متيبسًا تمامًا. قيل لي إن الوقت قد حان لكي أغتسل. بدأت النساء يضحكن بمرح، وينزعن الدم عني. وقفت وظللن يشربن رشفات من الماء ويبصقنها عليَّ، وبهذه الطريقة ومع كثير من الفرك تخلصت من الدم. في النهاية، كان عليَّ أن أشرب نصف لتر أو نحو ذلك من الماء المليء بالمساحيق نفسها التي استخدمتها ماري في وقت سابق. وعندما أصبحت نظيفًا تمامًا، وأرتدي مئزرًا أبيض جديدًا، بدأ قرع الطبول مرة أخرى وعاد الجمهور. هذه المرة كان الرقص احتفاليًّا. قالت لي إحدى النساء: «لقد تحررت من أرواحك، لقد تركوك». أعطتني زجاجة ماء ممزوجة بمسحوق وطلبت مني أن أستحم بهذه الجرعة العلاجية إذا أزعجتني الأرواح مرة أخرى. زاد قارعوا الطبول الإيقاعات بشكل هزلي، وخضت منافسة رياضية مع أحدهم، الذي بينما ظل يقفز بقوة متزايدة كنت أقفز أعلى وأعلى؛ ثم اعترف بأنها كانت مباراة تنافسية. ثم حصل الجميع على عدد قليل من الكعك وقطعة من الكبش (أخذنا ساقًا للشواء في ذلك المساء)، وأخبرتني ماري أنني الآن حر. كنا بعد السادسة مساءً بقليل. تبع الحشد سيارة

الأجرة الخاصة بنا لأطول فترة ممكنة ثم وقفوا وهم يلوحون، ثم عدنا إلى المنزل مع شعور مبهج بأننا قمنا بشيء احتفالي.

لقد بهرني حفل النديوب هذا أكثر من العديد من أشكال العلاج الجماعي التي تمارس حاليًّا في الولايات المتحدة. لقد وفر طريقة للتفكير في معاناة الاكتئاب، كشيء خارجي ومنفصل عن الشخص الذي يعاني. يمكن أن يكون ذلك كصدمة، مما قد يؤثر على كيمياء دماغ الشخص المكتئب، وكأنه علاج بالصدمات الكهربائية دون أقطاب موصلة بالمرء. لقد اشتمل على إحساس عميق بالمجتمع، وعزَّز التواصل الجسدي الوثيق مع الآخرين. إنه يثير أفكار الموت في ذهن المرء، وفي الوقت نفسه يؤكد له أنه على قيد الحياة، وجسده ممتلئ بالحرارة وينبض. وهو يجبر المرء على قدر كبير من الحركة الجسدية. كما أنه وفَّر الراحة المتمثلة في كونه إجراء محددًا يجب اتباعه في حالة تكرار الاكتئاب. وكان مفعمًا بالحيوية، وممتلئًا بالحركات والأصوات. أخيرًا، لقد كانت طقوسيًّا، ولا ينبغي الاستهانة بتأثير أي طقوس سواء تمثلت في تغطية جسدك بدماء كبش أو إخبار أحد المتخصصين بما فعلته والدتك عندما كنت صغيرًا. دائمًا ما يكون مزيج الغموض والدقة قويًّا للغاية.

كيف يمكن للمرء أن يختار من بين آلاف علاجات الاكتئاب؟ ما هي الطريقة المُثلى لعلاج الاكتئاب؟ وكيف يمكن الجمع بين هذه العلاجات غير التقليدية والعلاجات التقليدية؟ تقول دوروثي أرنستين، وهي معالجة شخصية درست عددًا لا يحصى من أنظمة العلاج: «أستطيع أن أخبرك بالإجابة التي كانت صحيحة في عام 1985. أستطيع أن أخبرك بالإجابة التي كانت صحيحة في عام 1992؛ أستطيع أن أخبرك بالإجابة التي كانت صحيحة في عام 1997؛ ويمكنني أن أخبرك بالإجابة الصحيحة الآن. ولكن هل هناك أي فائدة من القيام بذلك؟ لا أستطيع أن أخبرك بالإجابة التي ستكون صحيحة في المستقبل، لكن يمكنني أن أخبرك أنها ستكون بالتأكيد مختلفة عن تلك الصحيحة الآن. يخضع الطب النفسي للاتجاهات السائدة مثل أي علم آخر، وما يعد كشفًا ثوريًّا في عام واحد يصبح حماقة العام التالي».

من الصعب أن نعرف بالضبط ما يُخبئه المستقبل. لقد أحرزنا تقدمًا بسيطًا في فهمنا للاكتئاب في الوقت نفسه الذي حققنا فيه تقدمًا هائلًا في علاجه. من الصعب القول ما إذا كان العلاج يمكن أن يستمر في تجاوز فهمنا له، لأن هذا النوع من التطور يعتمد إلى حد كبير على الحظ؛ وسوف يستغرق الأمر وقتًا طويلًا حتى تتمكن المعرفة من اللحاق بما يمكننا القيام به بالفعل. ومن بين الأدوية التي تخضع لتجارب المرحلة الأخيرة الآن، فإن أكثر الأدوية الواعدة هو الريبوكستين، وهو مثبط انتقائي لاسترداد النورإبينفرين.[30] يعتبر النورإبينفرين، الذي تُعززه مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات، متورطًا في الاكتئاب إلى جانب السيروتونين والدوبامين، ويبدو من المرجح أن أدوية تعزيز النورإبينفرين قد تعمل بشكل جيد مع مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية وربما مع ويلبوترين، وهو مزيج من شأنه أن يستهدف جميع الناقلات العصبية. تُظهِر الدراسات المبكرة أن الريبوكستين منتج جيد لزيادة

طاقة المرضى وتحسين أدائهم الاجتماعي، على الرغم من أنه يبدو أيضًا أنه يسبب جفاف الفم، والإمساك، والأرق، وزيادة التعرق، وتسارع ضربات القلب. يُنتَج الريبوكستين بواسطة شركتَي فارمسيا Pharmacia وأب جون Upjohn. وفي هذه الأثناء، كانت شركة ميرك تعمل على منتجات تستهدف مادة أخرى في الدماغ، المادة (P)، التي تشارك في الاستجابة للألم، التي يعتقدون أنها متورطة في الاكتئاب.(31) لا يبدو أن المادة الأولى التي طوروها -وهي بانتاجونيست- ناجحة بشكل خاص في علاج الاكتئاب، لكنهم يبحثون في مواد أخرى.

يحاول العلماء الذين يعملون في مشروع تشريح جزيء الدماغ (BMAP) معرفة الجينات التي تشارك في نمو الدماغ ووظيفته. كما أنهم يسعون إلى معرفة متى تكون تلك الجينات نشطة. سيُسهل هذا المشروع التلاعب الجيني بشكل كبير. يقول ستيفن هيمان من المعهد الوطني للصحة النفسية: «أنا متفائل وأراهن على أمرين أولهما الجينات. إذ بمجرد أن يحدد العلماء الجينات المرتبطة بتنظيم المزاج أو المرض، يمكنهم استكشاف المسارات ومواقع الدماغ ومراحل النمو والاختلافات الوظيفية المرتبطة بهذه الجينات. دعونا نتخيل أننا اكتشفنا أن نواة فرعية معينة من اللوزة الدماغية لها دور حاسم في السيطرة على التأثير السلبي، وهو أمر محتمل للغاية. إن الوصول إلى المجموعة الكاملة من الجينات النشطة في بنية الدماغ طوال فترة النمو من شأنه أن يوفر مجموعة أدوات قيِّمة لمزيد من البحث. لا يوجد شيء اسمه جين المزاج. إنه مجرد اختزال. إن كل جين متورط في مرض ما له على الأرجح العديد من الوظائف الأخرى في الجسم أو في الدماغ».

إذا كان الجينوم البشري يتكون من نحو ثلاثين ألف جين(32) -ويبدو أن هذا العدد في ازدياد مع اكتشاف المزيد والمزيد منها- وإذا كان كل منها يحتوي على نحو عشرة تنويعات، فإن ذلك يعطينا $10^{30,000}$ مرشح يشارك في القابلية الوراثية للأمراض بما في ذلك الاكتئاب. ومع ذلك، فإن القفزة من تحديد هذه الجينات إلى فهم كيفية عملها في مجموعات مختلفة، وفي مراحل مختلفة، وفي الاستجابة للعوامل البيئية المختلفة، تمثل تحديًا هائلًا. يتطلب الأمر عددًا كبيرًا من الحسابات لاستكشاف جميع الاختلافات التوافقية الممكنة وكيفية استجابتها للمحفزات الخارجية المختلفة. وبينما تتقدم قدراتنا الحاسوبية بسرعة، فإن تحقيق هذا المستوى من الفهم لا يزال بعيد المنال. يعد الاكتئاب حالة معقدة بشكل خاص، مع وجود العديد من العوامل المساهمة. أنا لست متخصصًا في علم الوراثة، ولكنني أراهن أن هناك على الأقل بضع مئات من الجينات التي قد تؤدي إلى تطور الاضطرابات الاكتئابية. وتعتمد كيفية تحفيز هذه الجينات للاكتئاب على كيفية تفاعلها مع المحفزات الخارجية ومع بعضها بعضًا. أعتقد أن معظم هذه الجينات تؤدي أيضًا وظائف مفيدة، وأن التخلص منها سيكون له آثار ضارة كبيرة. قد تساعدنا المعلومات الوراثية في السيطرة على أنواع معينة من الاكتئاب، ولكن أعتقد أن فرص القضاء على الاكتئاب من خلال التلاعب الجيني في أي وقت قريب تبدو معدومة.

الفصل الخامس

الفئات



لا يوجد شخصان يعانيان الاكتئاب نفسه. مثل رقاقات الثلج، تكون حالات الاكتئاب دائمًا فريدة من نوعها، حيث يعتمد كل منها على عوامل جوهرية أساسية ولكن كلًّا منها يتميز بشكل معقد غير قابل للتكرار. ومع ذلك، يحب المحترفون تقسيم حالات الاكتئاب إلى مجموعات: ثنائية القطب مقابل أحادية القطب؛ الحادة مقابل الخفيفة؛ على أساس صدمة مقابل الذاتية؛ القصيرة مقابل الطويلة، ويمكن أن تطول القائمة إلى ما لا نهاية، وهي عملية كانت ذات فائدة محدودة بشكل مخيب للآمال في التشخيص والعلاج. هناك شيء يمكن تعلمه من الصفات الخاصة بالاكتئاب المرتبط بالجنس والاكتئاب المرتبط بالعمر، وكذلك من المحددات الثقافية للشكوى. وهذا يثير سؤالًا أساسيًّا: هل الصفات المميزة لمثل هذا الاكتئاب تحددها الاختلافات البيولوجية بين الرجال والنساء، وبين الصغار وكبار السن، وبين الآسيويين والأوروبيين، وبين المثليين والمغايرين جنسيًّا، أم أنها تحددها الاختلافات الاجتماعية؟ بواسطة أنماط التوقعات التي نفرضها على الناس وفقًا للفئة التي ينتمون إليها؟ والجواب هو أنه في كل الأحوال كلاهما صحيح. يتطلب الاكتئاب، باعتباره قضية معقدة، استجابات دقيقة ويجب فهمه ضمن السياقات المحددة التي ينشأ فيها.

لأسباب مختلفة تُعزى إلى الكيمياء والظروف الخارجية، يبدو أن عدد النساء اللائي يعانين الاكتئاب هو ضعف عدد الرجال.[1] لا يوجد هذا التمييز بين الأطفال المصابين بالاكتئاب ولكنه يبدأ خلال فترة البلوغ.[2] تعاني النساء عدة أشكال مميزة من الاكتئاب -اكتئاب ما بعد الولادة، واكتئاب ما قبل الحيض، واكتئاب انقطاع الطمث- بالإضافة إلى جميع أشكال الاكتئاب التي

تصيب الرجال. من الواضح أن المعدلات المتقلبة للإستروجين والبروجستيرون لها تأثيرات مزاجية، وبخاصة أنها تتفاعل مع أنظمة هرمون الغدة النخامية وتحت المهاد، لكن هذه التأثيرات لا يمكن التنبؤ بها ولا تكون آثارها ثابتة على الحالة المزاجية.[3] يسبب الانخفاض المفاجئ في مستويات هرمون الإستروجين أعراض الاكتئاب، والمستويات العالية منه تعزز الشعور بالصحة والحيوية. قبل الدورة الشهرية، تعاني بعض النساء عدم الراحة الجسدية، والبعض الآخر يعتبرن أنفسهن أقل جاذبية بسبب الانتفاخ؛ كل هذه التجارب تؤدي إلى سوء الحالة المزاجية. كما أن النساء الحوامل أو اللاتي أنجبن للتو، على الرغم من أنهن أقل عرضة لقتل أنفسهن من أي امرأة أخرى، فإنهن أكثر عرضة من أي شخص آخر للإصابة بالاكتئاب.[4] يصيب اكتئاب ما بعد الولادة الحاد نحو واحدة من كل عشر نساء أنجبن.[5] تميل هؤلاء الأمهات الجدد إلى البكاء وغالبًا ما يشعرن بالقلق والانفعال ويكنَّ غير مهتمات بأطفالهن حديثي الولادة؛ وربما يرجع ذلك جزئيًّا إلى أن الولادة تستنزف احتياطيات هرمون الإستروجين، التي تستغرق بعض الوقت لاستعادتها. عادة ما تهدأ الأعراض خلال أسابيع. ومن المحتمل أن تحدث نسخة أخف من المتلازمة في نحو ثلث الأمهات الجدد.[6] إن الولادة تجربة صعبة ومرهقة، وبعض ما يُصنف الآن على أنه اكتئاب ما بعد الولادة هو في الواقع انهيار بسيط يتبع أي بذل لمجهود ضخم. من المرجح أن تعاني النساء مستويات أقل من الاكتئاب في فترة انقطاع الطمث، مما يشير بقوة إلى وجود عامل هرموني في اكتئاب المرأة؛ فالفترة الأكثر حدة للاكتئاب عند الإناث هي سنوات الإنجاب. وقد أشار البعض أن التغيرات في مستويات الهرمونات قد تؤثر على الناقلات العصبية، ولكن لم تُحدَّد آلية لمثل هذا العملية. والأمر الأكثر إثارة للدهشة من التركيز الشائع والغامض على الهرمونات هو أن الرجال يصنعون السيروتونين في الواقع بسرعة أكبر بنحو 50 في المائة من النساء، الأمر الذي قد يمنح الرجال مرونة أكبر.[7] إن التجديد البطيء لاحتياطيات السيروتونين لدى النساء قد يجعلهن عرضة للاكتئاب المتأخر.

لكن لا تُفسر العوامل البيولوجية وحدها ارتفاع معدل الاكتئاب لدى النساء. هناك بعض الاختلافات البيولوجية بين اكتئاب الرجال والنساء؛ وهناك اختلافات اجتماعية واضحة بين مواقع القوة والسلطة لدى الرجال والنساء. جزء من السبب وراء إصابة النساء بالاكتئاب أكثر من الرجال هو أنهن يعانين الحرمان أكثر من الرجال.[8] ومن المثير للدهشة أن فرص الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة لدى النساء اللاتي يتعرضن لضغوط شديدة مرتفعة بشكل خاص[9]؛ والنساء اللواتي يتحمل أزواجهن جزءًا كبيرًا من مسؤولية رعاية الأطفال تكون لديهن مستويات منخفضة من اكتئاب ما بعد الولادة. تميل النسويات الباحثات في مجال الاكتئاب إلى تفضيل النظريات الاجتماعية على النظريات البيولوجية. إنهن يكرهن الإشارة إلى أن أجساد النساء أضعف إلى حد ما من أجساد الرجال. تقول سوزان نولين هوكسيما، وهي واحدة من أبرز الكُتاب الأمريكيين في مجال النساء والاكتئاب: «من الخطير الإشارة ضمنًا إلى أن جانبًا من جوانب البيولوجيا الإنجابية لدى النساء يُشكل أساسًا مركزيًّا في الإصابة بالأمراض

النفسية». هذا النوع من التفكير جعل للكثير من العمل الاجتماعي حول اكتئاب المرأة أجندة سياسية. وعلى الرغم من كونها أجندة مثيرة للإعجاب، فإنها لا تتوافق، في بعض الأحيان، مع التجارب الشخصية أو الحقائق البيولوجية أو البيانات الإحصائية. في الواقع، تؤدي العديد من الأساليب النظرية للتعامل مع اكتئاب النساء عن غير قصد إلى تفاقم المشكلات التي يواجهها أولئك الذين تهدف إلى مساعدتهم. إن التداخل بين بعض النظريات النسوية التي تشوه الواقع العلمي لأغراض سياسية والنظريات الطبية التي تهمل الحقائق الاجتماعية في كثير من الأحيان، أدى إلى تعقيد قضية الجندر والاكتئاب، وخلق مشكلة معقدة ومتشابكة.

أظهرت دراسة حديثة أن معدلات الاكتئاب بين الذكور والإناث في الجامعات الأمريكية هي نفسها.[10] اقترحت بعض الناشطات النسويات المتشائمات أن النساء المعرضات للاكتئاب لا يذهبن إلى الكلية. اقترحت نسويات أخريات أكثر تفاؤلًا أن النساء متساويات تمامًا مع الرجال في الكلية مقارنة بأي سياق اجتماعي آخر تقريبًا. أود أن أضيف إلى هذا المزيج فكرة أن الرجال الذين هم في الكلية ربما يكونون أكثر انفتاحًا على الاعتراف بمرضهم من الرجال الأقل تعليمًا أو الأكبر سنًّا. لا يبدو أن معدل الاكتئاب بين الإناث والذكور يختلف في المجتمعات الغربية؛ إذ يبقى ثابتًا بشكل عام بنسبة اثنين إلى واحد.[11] العالم يهيمن عليه الرجال، وهذا يجعل الأمور صعبة بالنسبة إلى النساء. فالنساء أقل قدرة جسديًّا على الدفاع عن أنفسهن. وهن أكثر عرضة لأن يكن فقراء. وهن أكثر عرضة لأن يكن ضحايا للإساءة. ولديهن فرص أقل للتعليم. وهن أكثر عرضة للمعاناة والإذلال المنتظم. وهن أكثر عرضة لفقدان مكانتهن الاجتماعية. ومن المرجح أن يكن تابعات لأزواجهن.[12] تقول بعض الناشطات النسويات إن النساء يصَبن بالاكتئاب لأنه ليس لديهن ما يكفي من المجالات المستقلة لإثبات أنفسهن بها ويجب أن يعتمدن على انتصارات المنزل للحصول على مشاعر التقدير وقيمة الذات. ويقول آخرون إن النساء الناجحات لديهن الكثير من المجالات المستقلة التي يمكن لهن إثبات أنفسهن فيها، ودائمًا ما يكن ممزقات بين عملهن ومنزلهن.[13] إن كون كل من هذه المواقف مُسببًا للضغوط النفسية يتوافق مع النتيجة التي مفادها أن ربات البيوت المتزوجات والنساء المتزوجات العاملات يعانين معدل الاكتئاب نفسه تقريبًا؛ وهو معدل أعلى بكثير من ذلك الذي يعانيه الرجال المتزوجون العاملون. ومن المثير للاهتمام أن نلاحظ أنه عبر الثقافات، تعاني النساء معدلات أعلى ليس فقط من الاكتئاب ولكن أيضًا من اضطرابات الهلع واضطرابات الأكل، في حين أن الرجال لديهم معدلات أعلى من مرض التوحد، واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وإدمان الكحول.

يعدُّ عالم النفس الإنجليزي جورج براون أحد الخبراء البارزين في الجانب الاجتماعي لعلم النفس. وقد اقترح أن اكتئاب النساء يرتبط باهتمامهن بأطفالهن، وهي النظرية التي أكَّدها أكاديميون آخرون.[14] إذا أهملنا الاكتئاب الناجم عن القلق بشأن النسل، يبدو أن معدل الاكتئاب بين الرجال والنساء يكون متساويًا؛ وفي الأزواج التي تكون فيها الأدوار بين الجنسين

أقل صرامة، تميل معدلات الاكتئاب بين الرجال والنساء إلى أن تكون أقرب. ويخلص براون إلى أن «الفروق بين الجنسين في معدلات الاكتئاب هي، إلى حد كبير، نتيجة للاختلافات في الأدوار». اقترحت ميرنا وايزمان من جامعة كولومبيا أنه من المنطقي من الناحية التطورية أن تكون النساء حساسات بشكل خاص للخسارة لأن هذا من شأنه أن يحفزهن على الحرص والرعاية في أثناء الإنجاب وتربية الأطفال.[15]

ومن الصحيح أيضًا أن العديد من النساء المصابات بالاكتئاب عانين الإساءات عندما كُن أطفالًا. إن الفتيات الصغيرات أكثر عرضة للانتهاك الجنسي من الأولاد الصغار، وضحايا الانتهاكات وسوء المعاملة هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من غيرهم.[16] ومن المرجح أيضًا أن تعاني مثل هؤلاء النساء فقدان الشهية، وهو المرض الذي ارتبط في السنوات الأخيرة بالاكتئاب.[17] يسبب سوء التغذية العديد من أعراض الاكتئاب، لذا قد تكون أعراض الاكتئاب لدى النساء المصابات بفقدان الشهية نتيجة لأعراض أخرى؛ لكن العديد من النساء اللاتي عانين فقدان الشهية يصفن الأعراض التي تستمر حتى بعد وصولهن إلى الوزن الطبيعي. مرة أخرى، يبدو أن البِنى الاجتماعية متورطة في التسبب في كلٍّ من الهوس المؤلم بضبط النفس الذي يتجلى في فقدان الشهية ومشاعر العجز التي تُميز الاكتئاب. قد تؤدي كراهية الذات إلى رغبة الناس في جعل أنفسهم أصغر ما يمكن حتى يختفوا تقريبًا. لذا قد تكون بعض الأسئلة الرئيسية حاسمة لمعرفة ما إذا كان هناك اكتئاب منفصل. غالبًا ما يكون من المفيد سؤال مرضى فقدان الشهية عما إذا كانوا ينامون بشكل سيئ حتى عندما لا يفكرون في الطعام أو الأكل.

لقد ظل الرجال هم مَن يُعرِّفون المرض النفسي. في عام 1905، أكد سيجموند فرويد أن مريضته دورا كانت تعاني الهستيريا عندما رفضت محاولات تودُّد غير مرحب بها من رجل يبلغ عمره ثلاثة أضعاف عمرها.[18] وهذا النوع من سوء الفهم أقل شيوعًا اليوم مما كان عليه قبل خمسين عامًا. ومع ذلك، غالبًا ما يُنظر إلى النساء على أنهن مكتئبات عندما يفشلن في إظهار الحيوية التي يتوقعها أو يطلبها أزواجهن، التي تعلمت النساء أن يتوقعنها أو يطلبنها من أنفسهن. ومع ذلك، فإن هذا المبدأ صعب: إذ يُقال أيضًا إن الرجال يتجاهلون اكتئاب النساء لأنهم يُخطئون في تفسير الانعزال على أنه سلبية أنثوية. قد تُظهِر بعض النساء، في جهودهن للتوافق مع التصورات المجتمعية للأنوثة، سلوكيات تبدو اكتئابية بسبب الامتثال، ومن ناحية أخرى، قد تُصاب بعض النساء بالاكتئاب الحقيقي نتيجة عدم قدرتهن على العيش ضمن حدود التعريف الخانق للأنوثة.[19] إن النساء اللاتي يشتكين من اكتئاب ما بعد الولادة قد يكن في الواقع لا يعبِّرن إلا عن صدمتهن وخيبة أملهن بسبب فشلهن في الشعور بنوع العاطفة الفائقة التي وصفتها الأفلام والبرامج التلفزيونية الشهيرة بأنها جوهر الأمومة الجديدة. كثيرًا ما يُقال لهن إن حب الأمومة أمر غريزي (وهو ما يعني أنه لا يتطلب جهدًا)، فيصَبن بالاكتئاب بسبب المشاعر المتضاربة التي تصاحب غالبًا رعاية الأطفال.

أشارت الناقدة النسوية دانا كراولي جاك إلى هذه الأفكار باعتبارها مكونات لفقدان المرأة لصوتها أو فقدانها لذاتها. «بما أن هؤلاء النساء يفشلن في سماع أنفسهن يتحدثن إلى شركائهن، فإنهن غير قادرات على الحفاظ على قناعات ومشاعر «الأنا» وينزلقن بدلًا من ذلك إلى الشك الذاتي حول شرعية تجربتهن الخاصة». تتلخص أطروحة جاك في أن النساء اللاتي لا يستطعن التواصل بشكل فعال مع شركائهن (في أغلب الأحيان، كما تقترح، لأن الشريك ليس على استعداد للاستماع) يلجأن إلى الصمت، ويبدأن في التحدث بشكل أقل شيئًا فشيئًا، ويقوِّضن رغباتهن بعبارات مثل «لا أعرف» أو «لم أعد متأكدة بعد الآن». للحفاظ على زيجاتهن أو علاقاتهن الممزقة من الانهيار تمامًا، تحاول هؤلاء النساء التكيف مع نموذج الأنوثة الذي يقلن فيه ما يعتقدن أن شريكهن يريد سماعه؛ وبالتالي يصبحن كاذبات حتى في التفاعلات الحميمية، ويتبدَّدن ببساطة كأشخاص. تقول جاك: «تنكر النساء ذاتهن بشكل كبير كجزء من بحثهن عن الحميمية».[20] في الواقع، العلاقات الناجحة عادة ما تكون شراكات يمكن فيها أن تنتقل السلطة ذهابًا وإيابًا بين الرجل والمرأة بما يتناسب مع الظروف المختلفة التي يواجهونها معًا وبشكل منفصل. ومع ذلك، فمن الصحيح أن النساء غالبًا ما تكون لديهن أموال أقل أو سيطرة مالية أقل، وأنه في العلاقات المعيبة تقبل النساء سوء المعاملة والضرب بسهولة أكبر من الرجال، وهذا يخلق دورة معقدة أخرى في عالم الاكتئاب؛ فالنساء المصابات بالاكتئاب أقل قدرة على الدفاع عن أنفسهن ضد سوء المعاملة، وبالتالي يتعرضن للإساءة والإيذاء بشكل أكبر، ويصبحن أكثر اكتئابًا نتيجة للإساءة، مما يجعلهن أقل قدرة على الدفاع عن أنفسهن، وتبدأ الدورة من جديد.

تعتقد جاك أن نظام السلطة الذكوري يحتقر اكتئاب المرأة. في إحدى لحظاتها الأكثر حماسة، تصف جاك الزواج نفسه بأنه «أكثر الأساطير استمرارًا في حبس النساء»، وكتبت في مكان آخر أن النساء «أهداف سهلة للاكتئاب، وهو اكتئاب مقيد بالسلطة الأبوية ومجرد من طبيعته العضوية والأسطورية وبالتالي خصائصه العلاجية». يتردد صدى هذا الموضوع المتكرر في كتابات نسوية راديكالية أخرى حول اكتئاب المرأة. تقترح ناقدة أخرى، وهي جيل أستبري، في عرضها للموضوع أن مفهومنا للاكتئاب عند الإناث هو مفهوم ذكوري بالكامل: «إن السؤال حول مدى قابلية المرأة للاكتئاب يحتوي على افتراض نادرًا ما يُوضَّح. وهو يتعلق برؤية معدلات الاكتئاب لدى النساء على أنها مَرَضية ومرتفعة للغاية ومشكلة. المنظور الوحيد الذي يمكن من خلاله رؤية هذا هو المنظور الذي يفترض أن معدلات الاكتئاب لدى الذكور تشكل معيارًا، وهي في حد ذاتها لا تمثل مشكلة على الإطلاق وتوفر نقطة الانطلاق المعقولة الوحيدة التي يمكن من خلالها قياس معدلات المرض لدى النساء. يمكن إدراك مدى انتشار النهج المتمركز حول الذكورة، إذا نُظِر إلى معدلات الاكتئاب لدى الرجال على أنها إشكالية ومحيرة وبحاجة إلى التوضيح، بدلًا من السؤال عن مشكلة الاكتئاب لدى النساء. قد نسأل مثلًا لماذا معدلات الاكتئاب لدى الذكور منخفضة إلى هذا الحد غير الطبيعي؟ هل يتعارض

هرمون التستوستيرون مع نضج الإنسانية الكاملة والحساسية العاطفية؟».[21] يبدو أن هذه الحجج المتكررة التي يقدمها باحثون ذوو سمعة طيبة في هذا المجال، التي عادة ما تكون في الكتب التي تنشرها دور الجامعات الكبرى (نُشر كتاب جاك من قِبل مطبعة جامعة هارفارد، وأستبيري من قِبل مطبعة أكسفورد)، تركز على شيطنة المجتمع لاكتئاب المرأة، كما لو أن الاكتئاب نفسه كان غير ضار. أود أن أزعم أنه إذا لم تشعر بضيق شخصي بسبب الأعراض، فأنت لا تعاني الاكتئاب. إذا كنت تعاني ضائقة شخصية، فمن المعقول وربما حتى من الرحيم أن يستثمر المجتمع في إيجاد حلول للتخفيف من معاناتك. وبما أن المعدلات المرتفعة للاكتئاب بين النساء لا تعكس الاستعداد الوراثي الذي يمكننا تحديده حاليًّا، فيمكننا أن نقول مع بعض التأكيد إن معدلات الاكتئاب بين النساء يمكن خفضها بشكل كبير في مجتمع أكثر إنصافًا. ومع ذلك، في هذه الأثناء، فإن النساء المصابات بالاكتئاب بشكل عام هن مَن يجدن أن اكتئابهن غير طبيعي ويرغبن في فعل شيء حيال ذلك. يميل الأزواج المسيئون، وهم الظالمون الذكوريون، إلى الإعجاب بالنساء المكتئبات ولا ينظرون إلى اكتئاب هؤلاء النساء كمشكلة؛ بينما النساء المتمكنات لديهن احتمالية أكثر للتعرف على اكتئابهن وتسميته وعلاجه. في حين أن هناك بعض الحقيقة في فكرة أن النساء قد يعانين الاكتئاب بسبب المؤامرة الذكورية، فإن فكرة أن المجتمع يساهم في شعور النساء بالسوء تجاه اكتئابهن كجزء من المؤامرة الذكورية تتجاهل روايات النساء عن تجربتهن مع الاكتئاب.

تتناول الأدبيات الكثير من الصفات المميِّزة لاكتئاب النساء ولا تذكر سوى القليل عن أي صفات مميزة لاكتئاب الرجال. لا يُشخَّص العديد من الرجال المصابين بالاكتئاب لأنهم يميلون إلى التعامل مع مشاعر الاكتئاب ليس عن طريق الانسحاب إلى صمت اليأس، ولكن عن طريق الانسحاب إلى ضجيج العنف، أو تعاطي المخدرات، أو إدمان العمل. إن عدد النساء اللائي يعبرن عن الاكتئاب هو ضعف عدد الرجال، لكن الرجال أكثر عرضة للانتحار بأربعة أضعاف من النساء.[22] يعاني الرجال غير المتزوجين أو المطلقون أو الأرامل معدل اكتئاب أعلى بكثير من الرجال المتزوجين.[23] قد يُظهِر الرجال المكتئبون ما يسمى بشكل ملطف «التهيج»؛ فهم يهاجمون الغرباء، ويضربون زوجاتهم، ويتعاطون المخدرات، ويطلقون النار على الناس. كتب الكاتب أندرو سوليفان مؤخرًا أنه حقن نفسه بهرمون التستوستيرون، وهو ما كان يفعله كجزء من نظام علاج فيروس نقص المناعة البشري، وقد أدى إلى زيادة ميله نحو العنف. في سلسلة من المقابلات التي أجريتها مع مَن يمارسون العنف ضد زوجاتهم، وجدت شكاوى متسقة من أعراض الاكتئاب. قال أحد الرجال: «أعود إلى المنزل وأشعر بالتعب طوال الوقت، وأجد تلك المرأة التي تسألني كل هذه الأسئلة اللعينة، ويبدأ ضجيجها في القرع في رأسي مثل المطارق. لا أستطيع أن آكل معها، لا أستطيع النوم معها، لكنني أجدها موجودة طوال الوقت. لا أريد أن أوذيها ولكن يجب أن أفعل شيئًا وإلا سأجنُّ، هل تفهمني؟» قال شخص آخر إنه

عندما رأى زوجته شعر بأنه «لا قيمة لي على هذه الأرض بحيث إنني قد لا أحقق أي شيء مرة أخرى إذا لم أتخلص من إحباطي من خلال العنف أو أي شيء من هذا القبيل».

من الواضح أن ضرب الزوجة هو استجابة غير مناسبة لمشاعر الاكتئاب، ولكن في كثير من الأحيان تكون المتلازمات مرتبطة ارتباطًا وثيقًا. يبدو من المرجح أن العديد من السلوكيات المواجهة والمؤذية الأخرى هي مظاهر للاكتئاب لدى الذكور. في معظم المجتمعات الغربية، يعتبر الاعتراف بالضعف أمرًا أنثويًا. وهذا له تأثير سلبي على الرجال، حيث يمنعهم من البكاء، ويجعلهم يشعرون بالخجل أمام الخوف والقلق غير العقلاني. من الواضح أن المعتدي الذي يعتقد أن ضرب زوجته هو السبيل الوحيد لوجوده في العالم يقتنع بفكرة أن الألم العاطفي هو دائمًا دعوة إلى التصرف والفعل، وأن العاطفة دون فعل تنتقص منه كرجل. ومن المؤسف أن العديد من الرجال الذين يتصرفون بشكل سيئ -بالمعنى الأوسع- لا يتلقون مضادات للاكتئاب. إذا كانت النساء يؤدين إلى تفاقم اكتئابهن لأنهن لسن سعيدات كما يعتقدن، فإن الرجال يؤدون إلى تفاقم اكتئابهم لأنهم ليسوا شجعانًا كما ينبغي وفق اعتقادهم. معظم الإساءات هي شكل من أشكال الجبن، وبعض الجبن هو عرض معقول للاكتئاب. لقد كنت خائفًا ذات مرة من قطعة لحم الضأن، وهو شعور محبط للغاية ومُسبب للضعف.

لقد داهمتني عدة نوبات من العنف منذ إصابتي بالاكتئاب الأول، وتساءلت عما إذا كانت هذه النوبات، التي لم يسبق لها مثيل في حياتي، مرتبطة بالاكتئاب، أو كانت جزءًا من آثاره، أو كانت مرتبطة بطريقة أو بأخرى بمضادات الاكتئاب التي كنت أتناولها. عندما كنت طفلًا، نادرًا ما كنت أضرب أي شخص باستثناء أخي، وآخر مرة فعلت ذلك كانت وأنا في الثانية عشرة من عمري تقريبًا. وفي أحد الأيام، عندما كنت في الثلاثينات من عمري، أصبحت غاضبًا بشكل غير عقلاني لدرجة أنني بدأت في التخطيط لجرائم قتل في ذهني؛ وفي نهاية المطاف، تخلصت من هذا الغضب من خلال تحطيم زجاج مجموعة من الصور التي التقطتها لنفسي، التي كانت معلقة في منزل إحدى صديقاتي، تاركًا الزجاج المكسور على الأرض والمطرقة في وسطه. وبعد مرور عام، حدث خلاف خطير بيني وبين صديق وشعرت بالخيانة الشديدة والقسوة منه. لقد كنت بالفعل في حالة من الاكتئاب إلى حد ما، وشعرت بالغضب. هاجمته بشراسة لم أشهدها من قبل، ودفعته إلى الحائط، وضربته بشكل متكرر، مما أدى إلى كسر فكه وأنفه. ونُقِل لاحقًا إلى المستشفى بسبب فقدان الدم. لن أنسى أبدًا وجهه الذي كان ينهار تحت ضرباتي. بعد أن ضربته مباشرة، أمسكت رقبته بين يدي للحظة، وتطلب الأمر استدعاءً قويًا للأنا العليا لإنقاذي من خنقه. عندما أعرب الناس عن فزعهم من هجومي عليه، أخبرتهم تقريبًا بما قاله لي الرجل الذي ضرب امرأته: «شعرت كما لو أنني أختفي، وفي مكان ما في أعماق الجزء الأكثر بدائية من عقلي، شعرت أن العنف هو الطريقة الوحيدة التي يمكنني من خلالها أن أتمكن من إبقاء نفسي وعقلي في العالم». لقد شعرت بالحزن بسبب ما فعلته؛ ومع ذلك، على الرغم من أن جزءًا مني يأسف لمعاناة صديقي، فإن جزءًا آخر مني لا يندم على ما

حدث، لأنني أعتقد بصدق أنني كنت سأصاب بالجنون بشكل لا رجعة فيه إذا لم أفعل ذلك؛ وهو رأي قَبِله هذا الصديق، الذي ما زلت قريبًا منه. حقق عنفه العاطفي وعنفي الجسدي توازنًا غريبًا. إذ إن بعض مشاعر الخوف والعجز التي أصابتني في ذلك الوقت خفَّف منها العمل الوحشي. أنا لا أتقبل سلوك المعتدين على الزوجات وبالتأكيد لا أؤيد ما يفعلونه. إن الانخراط في أعمال العنف ليس طريقة أخلاقية لعلاج الاكتئاب. ومع ذلك، فهو طريقة فعالة. إن إنكار القوة العلاجية الفطرية للعنف سيكون خطأً فادحًا. عدت إلى المنزل في تلك الليلة ملطخًا بالدماء -دمائي ودمائه- وكان يغمرني شعور بالرعب وكذلك البهجة. شعرت بالتحرر الهائل.

لم يسبق لي أن ضربت امرأة، ولكن بعد نحو ثمانية أشهر من هذه الحادثة الفريدة، صرخت في وجه إحدى صديقاتي المقربات وأهنتها بشكل فظيع وعلني لأنها أرادت إعادة جدولة خطة العشاء. لقد تعلمت أن الاكتئاب يمكن أن ينفجر بسهولة في شكل غضب. منذ أن خرجت من أعماق الاكتئاب، أصبحت تلك الدوافع تحت السيطرة. ما زلت قادرًا على الغضب الشديد، لكن عادة ما يكون ذلك مرتبطًا بأحداث محددة، وعادة ما يكون ردي على تلك الأحداث متناسبًا معها. أصبح غضبي أيضًا أقل اندفاعًا وأكثر عقلانية. لقد كان عنفي السابق نتيجة الاكتئاب. وهذا لا يعفيني من المسؤولية عن العنف، لكنه يساعدني على فهمه. وأنا بالتأكيد لا أؤيد مثل هذا السلوك.

لم تصف أي امرأة التقيتها هذه المشاعر بهذه الطريقة تمامًا؛ بينما العديد من الرجال المكتئبين الذين التقيتهم كانت لديهم دوافع مماثلة نحو التدمير. لقد تمكَّن الكثيرون من تجنب التصرف بناءً عليها؛ وتصرف العديد من الآخرين بناء عليها وشعروا بالتحرر من الرعب غير العقلاني نتيجة للقيام بذلك. لا أعتقد أن الاكتئاب لدى النساء يختلف عما هو عليه لدى الرجال، لكنني أعتقد أن النساء مختلفات عن الرجال، وأن طرقهن في التعامل مع الاكتئاب تختلف في كثير من الأحيان أيضًا. إن النسويات اللاتي يرغبن في تجنب اعتبار أي شيء له علاقة بالإناث مرض، والرجال الذين يعتقدون أنهم قادرون على إنكار حالتهم العاطفية يبحثون عن المتاعب. ومن المثير للاهتمام أن الرجال اليهود، الذين هم كفئة غير ميالين للعنف بشكل خاص[24]، لديهم معدل اكتئاب أعلى بكثير من الرجال غير اليهود؛ في الواقع، تُظهِر الدراسات أنهم يعانون معدل الاكتئاب نفسه تقريبًا مثل النساء اليهوديات. إذن، يلعب الجنس دورًا مفصلًا، ليس فقط في معرفة من يصاب بالاكتئاب، ولكن أيضًا في كيفية ظهور هذا الاكتئاب، وبالتالي، في كيفية احتوائه.

عادة لا تكون الأمهات المصابات بالاكتئاب أمهات عظيمات، على الرغم من أن البعض منهن يمكن أن يخفين مرضهن في بعض الأحيان ويؤدين أدوارهن الأبوية. وفي حين أن بعض الأمهات المكتئبات ينزعجن بسهولة من أطفالهن ويتصرفن بشكل غير متسق نتيجة لذلك، فإن العديد من الأمهات المكتئبات يفشلن ببساطة في الاستجابة لأطفالهن؛ حيث يصبحن

غير حنونات ومنعزلات. إنهن لا يمِلن إلى وضع أو قواعد أو حدود واضحة. ولديهن القليل من الحب أو الرعاية لتقديمها، ويشعرن بالعجز في مواجهة مطالب أطفالهن، ويصعب التنبؤ بسلوكهن، ويغضبن دون سبب واضح، ثم، في نوبات الشعور بالذنب، يعبرن عن عاطفة مفرطة لأسباب غير واضحة أيضًا، ولا يمكنهن مساعدة الطفل على تنظيم مشكلاته الخاصة، ولا تتأثر استجاباتهن لأطفالهن بأفعال الأطفال أو تعبيراتهم عن العوز. ونتيجة لذلك، قد يصبح أطفالهن سريعي الانفعال، أو عدوانيين.[25] وكثيرًا ما يكون هؤلاء الأطفال أنفسهم غير قادرين على القيام بسلوكيات الرعاية؛ ومع ذلك، في بعض الأحيان يشعرون بالمسؤولية عن كل معاناة العالم. تميل الفتيات الصغيرات إلى المبالغة في التعاطف ويفقدن قدرتهن على الحفاظ على الاستقرار العاطفي بسبب الحالة المزاجية المنخفضة المستمرة لأمهاتهن.

إن المظاهر الأولى للاكتئاب في مرحلة الطفولة، التي توجد عند الرضع الذين لا تتجاوز أعمارهم ثلاثة أشهر، تحدث في المقام الأول في ذرية الأمهات المكتئبات.[26] مثل هؤلاء الأطفال لا يبتسمون ويميلون إلى إدارة رؤوسهم بعيدًا عن جميع الناس، بما في ذلك الآباء؛ وقد يشعرون براحة أكبر عندما لا ينظرون إلى أي شخص مقارنة بالنظر إلى أمهاتهم المكتئبات. إن أنماط الموجات الدماغية لهؤلاء الأطفال تكون مختلفة؛ وإذا نجحت في علاج الاكتئاب لدى الأمهات، فقد تتحسن أنماط موجات الدماغ لدى الأطفال.[27] ومع ذلك، عند الأطفال الأكبر سنًّا، قد لا تزول صعوبات التكيف بهذه السهولة؛ وقد تبين أن الأطفال في سن المدرسة الذين تكون أمهاتهم مكتئبات يعانون سوء التكيف الشديد حتى بعد مرور عام على تخفيف أعراض أمهاتهم.[28] إن أطفال الآباء الذين يعانون الاكتئاب يكونون في وضع غير موات بشكل كبير. كلما كان اكتئاب الأم شديدًا، كان اكتئاب الطفل أكثر حدة، على الرغم من أن بعض الأطفال يبدو أنهم أكثر حساسية وتأثرًا باكتئاب أمهاتهم من غيرهم. بشكل عام، أطفال الأم المكتئبة لا يعكسون حالة أمهم فحسب، بل يضخمونها أيضًا. وحتى بعد مرور عشر سنوات على التقييم الأولي، يعاني هؤلاء الأطفال ضعفًا اجتماعيًّا كبيرًا ويتعرضون لخطر الإصابة بالاكتئاب بمقدار ثلاثة أضعاف وخطر الإصابة باضطرابات الهلع والإدمان على الكحول بمقدار خمسة أضعاف.[29]

لتحسين الصحة النفسية للأطفال، يكون علاج الأم في بعض الأحيان أكثر أهمية من علاج الأطفال مباشرة. من المهم العمل على تغيير أنماط الأسرة السلبية لدمج القدرة على التكيف والمرونة ومهارات حل المشكلات. حتى لو كانت العلاقة بين الوالدين بعيدة عن المثالية، فلا يزال بإمكانهما التعاون بفاعلية لمنع الاكتئاب لدى أطفالهما، على الرغم من أن الحفاظ على جبهة موحدة قد يكون أمرًا صعبًا. يواجه أطفال الأمهات المكتئبات صعوبات في العالم أكثر من أطفال الأمهات المصابات بالفصام؛ فالاكتئاب له تأثير فوري فريد على الآليات الأساسية للتربية.[30] قد لا يعاني أطفال الأمهات المكتئبات الاكتئاب فحسب، بل قد يعانون أيضًا اضطراب تشتت الانتباه وقلق الانفصال واضطراب السلوك.[31] إنهم يعانون في المواقف

الاجتماعية والأكاديمية، حتى لو كانوا أذكياء ولديهم بعض الصفات الشخصية الجذابة. وتكون لديهم مستويات عالية بشكل غير عادي من الشكاوى الجسدية من قبيل الحساسية، والربو، ونزلات البرد المتكررة، والصداع الشديد، وآلام في المعدة، ويشكون من الشعور بعدم الأمان. وقد يظهرون ميولًا لجنون الارتياب.

أرنولد سامروف من جامعة ميشيجان هو طبيب نفسي تنموي يعتقد أن كل شيء في العالم يكون متغيرًا في كل تجربة؛ فلا شيء يمكن فهمه تمامًا إلا بمعرفة كل أسرار خلق الله.[32] يرى سامروف أنه على الرغم من أن الناس لديهم شكاوى معينة مشتركة، فإن كل شخص لديه تجربة فريدة تتضمن مجموعات متميزة من الشكاوى والأسباب الكامنة المختلفة. يقول: «كما تعلمون، هناك فرضيات تتعلق بالجين الواحد؛ إما أن يكون لديك الجين وإما لا، وهذا أمر جذاب للغاية لمجتمعنا الذي يعمل على الإصلاح السريع. لكن هذه الأساليب التبسيطية لن تنجح». تُركز أبحاث سامروف على أطفال الأفراد الذين يعانون الاكتئاب الشديد. لقد وجد أن هؤلاء الأطفال ينحدرون بدءًا من سن الثانية تقريبًا حتى لو بدؤوا في المستوى المعرفي نفسه مع أقرانهم. وبحلول سن الرابعة، يصبحون «أكثر حزنًا، وأقل تفاعلًا، وأكثر عزلة، وضعفًا في الأداء». ولهذا يقترح خمسة تفسيرات أساسية محتملة، يعتقد أنها تلعب دورًا في مجموعات مختلفة: الجينات؛ الانعكاس التعاطفي (يكرر الأطفال ما يلاحظونه ويمرون به)، والعجز المكتسب (التوقف عن التواصل بسبب عدم دعم الوالدين للتواصل العاطفي)، ولعب الأدوار (حيث يرى الطفل المزايا التي يحصل عليها الوالد المريض من كونه مريضًا بحيث لا يستطيع القيام بأشياء مقيتة ويقرر القيام بدور المرض)، والعزلة بسبب الافتقار الملحوظ إلى المتعة في التواصل داخل الأسر غير السعيدة. وعلاوة على ذلك، هناك العديد من التفسيرات الفرعية التي يجب أخذها في الاعتبار، بما في ذلك أن الآباء المكتئبين هم أكثر عرضة لتعاطي المخدرات من الآباء الآخرين، وما يترتب على ذلك من ضغوط وصدمات يعانيها الأطفال في مثل هذه الأسر.

أدرجتْ دراسة حديثة مائتي عامل قد يساهمون في ارتفاع ضغط الدم.[33] يقول سامروف: «على المستوى البيولوجي، يعتبر ضغط الدم بسيطًا جدًّا. فإذا كان هناك مائتي عامل يؤثر عليه، ففكِّر في عدد العوامل التي تؤثر على تجربة معقدة مثل الاكتئاب!» ومن وجهة نظر سامروف، فإن تزامن عدد من عوامل الخطر هو أساس الاكتئاب. يقول: «هؤلاء الأشخاص الذين تتجمع لديهم مجموعة من عوامل الخطر معًا هم الذين يعانون ما نسميه اضطرابًا. لقد وجدنا أنه فيما يتعلق بالاكتئاب، فإن الوراثة لم تكن مؤشرًا قويًّا مثل الوضع الاجتماعي والاقتصادي. كان التفاعل بين الوراثة والحالة الاجتماعية والاقتصادية هو أقوى مؤشر على الإطلاق، ولكن ما هي المكونات الرئيسية للوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض الذي جعل الأطفال الصغار يصابون بالاكتئاب الشديد؟ هل كان ذلك بسبب نقص تعليم الوالدين؟ نقص المال؟ انخفاض الدعم الاجتماعي؟ عدد الأطفال في العائلة؟» أعدَّ سامروف قائمة بعشرة

متغيرات ثم ربطها بدرجات الاكتئاب. ووجد أن أي متغير سلبي في حد ذاته من المرجح أن يساهم في انخفاض الحالة المزاجية، ولكن من المرجح أن تؤدي أي مجموعة من هذه المتغيرات إلى أعراض سريرية كبيرة. أجرى بعد ذلك بحثًا أظهر أن أداء الطفل الذي يعاني أحد والديه اضطرابًا نفسيًّا شديدًا من المرجح أن يكون أفضل من أداء الطفل الذي يعاني أحد والديه اضطرابًا معتدلًا. «اتضح أنه إذا كنت مريضًا حقًّا، فسيتحمل شخصٌ العبء. إذا كان هناك والدان، فإن الشخص الذي ليس مريضًا يعلم أن عليه القيام بهذا العمل. ويكون لدى الطفل طريقة لفهم ما يجري في الأسرة؛ إنه يدرك مبدأ أن أحد والديه مريض نفسيًّا ولا يترك أمامه كل الأسئلة التي لا إجابة لها، التي تصيب أطفال الآباء المصابين باضطرابات نفسية خفيفة. إذن أترى؟ لا يمكن التنبؤ بالأمر وفقًا لنظام خطي بسيط. كل اكتئاب له قصته الخاصة».

في حين أن التربية السيئة أو التربية بواسطة آباء مكتئبين قد تسبب الاكتئاب لدى الأطفال، فإن التربية الجيدة قد تساعد في تخفيفه. لقد تُخلِّص من المبدأ الفرويدي القديم «إلقاء اللوم على أمك»، ولكن عالم الأطفال لا يزال يتحدد بواسطة والديهم، ويمكنهم أن يتعلموا درجة معينة من المرونة أو الضعف من أمهاتهم، وآبائهم، وغيرهم من القائمين على رعايتهم. في الواقع، تتضمن العديد من بروتوكولات العلاج الآن تدريب الآباء على التدخلات العلاجية مع أطفالهم. ويجب أن تقوم هذه التدخلات على الإصغاء. إن الصغار يُشكلون فئة مختلفة خاصة بهم ولا يمكن معاملتهم كما لو كانوا مجرد بالغين أقزام. يجب أن يجتمع الحزم والحب والاتساق والتواضع في تعامل الوالدين مع الأطفال المصابين بالاكتئاب. إن الطفل الذي يشاهد أحد الوالدين وهو يحل مشكلة ما يكتسب قوة هائلة من ذلك.

يحدث شكل مميز من الاكتئاب، يُسمى بالاكتئاب الاتكالي[34]، في النصف الثاني من السنة الأولى للأطفال الذين انفصلوا كثيرًا عن أمهاتهم. وهو في تركيبات ودرجات مختلفة من الشدة يمزج بين التوجس، والحزن، والبكاء، ورفض البيئة المحيطة، والانعزال، والتخلف، والذهول، وقلة الشهية، والأرق، والتعبيرات التعيسة. قد يتطور الاكتئاب الاتكالي إلى «فشل في النمو» بدءًا من سن الرابعة أو الخامسة[35]؛ وهو ما يتميز بنقص الاستجابة العاطفية وصعوبات في تكوين الروابط مع الآخرين. وبحلول الخامسة أو السادسة، قد يُظهِرون غرابة شديدة وتهيجًا وضعفًا في النوم وقلة في تناول الطعام. كما أنهم لا يقيمون صداقات ولديهم تدنٍّ في احترام الذات لسبب غير مفهوم. ويظهر القلق لديهم في شكل تبول لا إرادي في الفراش. ويصبح بعض الأطفال منعزلين بشكل متزايد، بينما يصبح البعض الآخر أكثر سرعة في الانفعال وعرضة للسلوكيات المدمرة. وعلى عكس البالغين، لا يميل الأطفال إلى التركيز على انعدام معنى الحياة بسبب افتقارهم إلى التفكير المجرد، وذاكرتهم الأقل تنظيمًا. لذا لا يشعرون

باليأس والبؤس اللذين يتميز بهما الاكتئاب لدى البالغين، لكنهم يمكن أن يعانوا السلبية المستمرة.

كانت الدراسات الحديثة تحمل تناقضات إحصائية لدرجة أنها كانت مثيرة للسخرية؛ فقد أثبتت إحدى هذه الدراسات بشكل قاطع أن الاكتئاب يؤثر على نحو 1% من الأطفال[36]؛ وأظهرت دراسة أخرى أن نحو 60 % من الأطفال يعانون اضطرابات عاطفية كبيرة. تعتبر محاولات تقييم الأطفال من خلال التقارير الذاتية أكثر تعقيدًا بكثير مما هي عليه بالنسبة إلى البالغين. ففي المقام الأول، يجب طرح الأسئلة بطريقة لا توحي بإجابات «مرغوبة» ظاهريًّا؛ ويجب أن يتحلى المعالجون بالشجاعة الكافية للسؤال عن الانتحار دون اقتراحه كبديل ممكن. قدم أحد المعالجين الصيغة التالية: «حسنًا، إذا كنت تكره كل هذه الأشياء كثيرًا في حياتك، فهل فكرت يومًا في طرق يمكنك من خلالها ألا تكون موجودًا بعد الآن؟» يقول بعض الأطفال: «يا له من سؤال غبي!» والبعض يقول «نعم» ويقدم التفاصيل الكاملة، والبعض الآخر يصبح هادئًا ويفكر. يحتاج المعالج إلى مراقبة لغة جسد الطفل. ويجب على المعالج إقناع الطفل بأنه مستعد للاستماع إلى أي شيء. إن الأطفال الذين يعانون اكتئابًا خطيرًا يتحدثون عن الانتحار في مثل هذه الظروف. إحدى النساء المكتئبات اللاتي التقيتهن، التي كانت تسعى جاهدة للحفاظ على مظهر خارجي جيد من أجل أطفالها، وصفت اليأس الذي شعرت به عندما قال ابنها، وهو في الخامسة من عمره: «كما تعلمين، الحياة سيئة وفي كثير من الأحيان لا أريد أن أعيش». وفي سن الثانية عشرة، كان قد قام بمحاولة انتحار خطيرة. يقول بارامجيت تي جوشي، الذي يرأس قسم الصحة النفسية للأطفال في مستشفى جونز هوبكنز: «يمكن لهم التحدث عن رغبتهم في الانضمام إلى شخص ما مات، ربما أحد الأقارب. وقد يقولون إنهم يريدون النوم إلى الأبد؛ بل في الواقع، يقول بعض الأطفال في سن الخامسة: «أريد أن أموت؛ أريد أن أموت؛ أريد أن أموت. أتمنى لو لم أولد قط». ثم تبدأ السلوكيات. نرى العديد من الأطفال الذين قفزوا من نوافذ الطابق الثاني. بعضهم يتناول خمسة أقراص باراسيتامول ويعتقد أنها كافية للموت. ويحاول آخرون قطع معصمهم وأذرعهم، أو خنق أو شنق أنفسهم. الكثير من الأطفال الصغار يشنقون أنفسهم بأحزمتهم في خزانات الملابس. بعضهم يتعرض بالفعل للإيذاء أو الإهمال، لكن بعضهم يفعل هذه الأشياء دون سبب واضح. وحمدًا لله، نادرًا ما يكون لديهم الكفاءة الكافية للنجاح في الانتحار». لكن في الواقع، يمكن أن يكونوا أكفاء بشكل مدهش في ذلك؛ فقد ارتفعت حالات الانتحار في الفئة العمرية من 10 إلى 14 عامًا بنسبة 120% بين أوائل الثمانينيات ومنتصف التسعينيات، والأطفال الذين ينجحون في ذلك يستخدمون في الغالب وسائل عدوانية؛ إذ تمثل الأسلحة والشنق ما يقرب من 85% من الوفيات.[37] وقد ارتفع المعدل، مع تزايد معاناة الأطفال، مثل آبائهم، من التوتر والضغوط المتزايدة.

يمكن علاج الأطفال بشكل متزايد باستخدام البروزاك السائل أو النورتريبتيلين السائل، المقطر بعناية في كوب من العصير. ويبدو أن مثل هذه الأدوية تساعد. ومع ذلك، لا توجد أي دراسات كافية حول كيفية عمل هذه الأدوية لدى الأطفال أو ما إذا كانت آمنة أو فعالة؛ يقول ستيفن هيمان، مدير المعهد الوطني للصحة النفسية: «لقد تجاهلنا للأسف البحوث المتعلقة بالأطفال والعلاجات المناسبة لهم».

اختُبِر عدد قليل فقط من مضادات الاكتئاب لإظهار أنها آمنة للاستخدام مع الأطفال، لكن لم يُختبَر أي منها تقريبًا للتأكد من فاعليتها عليهم. تختلف التجارب الذاتية على نطاق واسع. أظهرت إحدى الدراسات، على سبيل المثال، أن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية تعمل بشكل أفضل مع الأطفال الصغار والبالغين مقارنة بالمراهقين؛ وأظهرت دراسة أخرى أن مثبطات أحادي الأمين هي الأكثر فاعلية للأطفال الصغار. لا ينبغي للمرء أن يعتبر نتائج أي من الدراستين نهائية، ولكنها تشير إلى احتمال واضح بأن علاج الأطفال قد يكون مختلفًا عن علاج المراهقين، وأن كليهما قد يكون مختلفًا عن علاج البالغين.

يحتاج الأطفال المصابون بالاكتئاب أيضًا إلى العلاج النفسي. تقول ديبورا كريستي، عالمة نفس الأطفال ذات الشخصية الجذابة والمستشارة في جامعة كوليدج لندن ومستشفى ميدلسكس: «عليك فقط أن تُظهِر لهم أنك موجود معهم. وعليك أن تجعلهم يوجَدون معك أيضًا. أستخدم استعارة تسلق الجبال كثيرًا. فنحن نجلس في مخيم عند قاعدة الجبل ونفكر في نوع الأمتعة والمعدات التي قد نحتاج إليها، وكم منا يجب أن نتسلق معًا، وما إذا كان ينبغي لنا أن نتسلق معًا. وقد نقرر القيام بالرحلة أو قد نقرر أننا لسنا مستعدين للقيام بها بعد، ولكن ربما يمكننا التجول حول الجبل حتى نتمكن من معرفة أي الطرق هي الأسهل أو الأفضل للتسلق. من الضروري الاعتراف بأنه سيتعين على الطفل إحراز التقدم بنفسه، لكنك ستكون موجودًا لدعمه في كل خطوة على الطريق. الخطوة الأولى هي تأجيج الدافع في نفوسهم. غالبًا ما يواجه الأطفال المصابون بالاكتئاب صعوبة في العثور على الكلمات الصحيحة ونقطة البداية، لكنهم يريدون رؤية التغيير. لم أر قط طفلًا مكتئبًا لا يريد العلاج إذا كان يعتقد أن هناك فرصة لتغيير الأمور. كانت هناك فتاة صغيرة مكتئبة جدًّا لدرجة أنها لم تتمكن من التحدث معي، لكنها كانت تستطيع تدوين الأشياء، لذا كانت تكتب بعض الكلمات، بشكل عشوائي، على أوراق لاصقة، ثم تلصقها على نفسها، بحيث بنهاية الجلسة كان هناك بحر من الكلمات التي أرادت إيصالها إلي. وقد تعلمتُ لغتها وبدأت في كتابة الكلمات على الملصقات أيضًا، ووضعها عليها، وهكذا اخترقنا جدار صمتها. هناك العديد من التقنيات الأخرى التي أثبتت فائدتها في مساعدة الأطفال على التعرف على حالاتهم المزاجية وتحسينها».

تقول سيلفيا سيمبسون، وهي طبيبة نفسية في جامعة جونز هوبكنز: «عند الأطفال، يمنع الاكتئاب نمو الشخصية. فكل الطاقة لديهم تذهب إلى محاربة الاكتئاب؛ ويتدهور تطورهم الاجتماعي، الأمر الذي لا يجعل الحياة أقل كآبة في وقت لاحق. إذ تجد نفسك في عالم يتوقع

منك أن تكون قادرًا على تكوين العلاقات، لكنك لا تعرف كيف تفعل ذلك. فالأطفال الذين يعانون الاكتئاب الموسمي، على سبيل المثال، كثيرًا ما يقضون سنوات يؤدون أداء سيئًا في المدرسة ويواجهون مشكلات؛ ولم يُنظَر في شكواهم لأنه يبدو أنها تتزامن مع العام الدراسي». من الصعب معرفة متى وكيف يتم علاج هذه الاضطرابات بقوة. يقول جوشي: «أنا أعمل على أساس تاريخ العائلة. قد يكون الأمر محيرًا للغاية سواء كان اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) أو الاكتئاب الحقيقي، أو ما إذا كان الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه قد أصيب بالاكتئاب أيضًا؛ أو ما كان ذلك اضطراب تكيف مرتبطًا بالإساءة أو الاكتئاب». يُظهر العديد من الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه سلوكيات مزعجة للغاية، وفي بعض الأحيان تكون الاستجابة الطبيعية لهذه السلوكيات هي تأديب الطفل؛ لكن الطفل ليس بالضرورة قادرًا على التحكم في أفعاله إذا كانت مرتبطة بمشكلات معرفية وبيولوجية عصبية عميقة. بالطبع، تميل الاضطرابات السلوكية إلى جعل هؤلاء الأطفال غير محبوبين حتى بين آبائهم، مما يؤدي إلى تفاقم الاكتئاب، وهو ما يمثل دوامة أخرى جديدة من دوامات الاكتئاب.

تقول كريستي: «يجب أن أحذر أهالي هؤلاء الأطفال عندما يأتون إلى المدرسة من أننا سنتخلص من هذه الأشياء المسببة للغضب، ولكن قد يظل الطفل حزينًا للغاية لفترة من الوقت. الأطفال لا يأتون أبدًا من تلقاء أنفسهم. بل يُحضَرون للعلاج. عليك أن تكتشف منهم سبب اعتقادهم بوجودهم معك، وما المشكلة التي يعتقدون بوجودها. إنه وضع مختلف تمامًا عن الوضع الذي يبحث فيه الأشخاص عن الرعاية النفسية بمفردهم». أحد العناصر المهمة في العمل العلاجي مع الأطفال الصغار هو خلق عالم بديل من الخيال؛ أي نسخة سحرية من المساحة الآمنة للعلاجات النفسية الديناميكية. إن مطالبة الأطفال بتسمية رغباتهم غالبًا ما يكشف عن الطبيعة الدقيقة لعجزهم عن احترام الذات. ومن المهم، كمناورة افتتاحية، أن نجعل الأطفال الصامتين ينتقلون إلى مرحلة الكلام. لا يستطيع الكثير منهم شرح مشاعرهم إلا بالقول إنهم يشعرون أنهم بخير أو ليسوا بخير. يجب إعطاؤهم مفردات جديدة؛ ويجب تعليمهم، على النموذج المعرفي، الفرق بين الأفكار والمشاعر، حتى يتمكنوا من تعلم استخدام الأفكار للسيطرة على المشاعر. وصف أحد المعالجين موقفًا طلب فيه من فتاة تبلغ من العمر عشر سنوات أن تحتفظ بمذكرة من الأفكار والمشاعر لمدة أسبوعين ثم تحضرها معها. قال لها: «يمكنكِ أن تقولي إن فكرتك هي «ماما غاضبة من أبي». ويمكن أن يكون شعوركِ هو «أنا خائفة»». لكن التمييز كان عصيًّا على الفهم الإدراكي لهذه الطفلة لأن اكتئابها قد أعاق وظيفتها الإدراكية. عندما أحضرت يومياتها، كانت تكتب كل يوم: «الأفكار: أنا حزينة؛ المشاعر: أنا حزينة». بالنسبة إليها، كان عالم الفكر وعالم المشاعر لا ينفصلان. في وقت لاحق، تمكنت من إنشاء مخطط دائري على شكل شطيرة لمخاوفها؛ وكان الكثير من قلقها يتعلق بالمدرسة، والكثير يتعلق بالمنزل، والكثير بسبب كره الناس لها، والكثير بسبب كونها قبيحة، وما إلى

ذلك. إن الأطفال الذين على أُلفة بالحاسب الآلي وتعاملوا معه غالبًا ما يتقبلون الاستعارات التي تعمل على مبدأ التكنولوجيا؛ قال أحد المعالجين الذين التقيتهم إنه أخبر هؤلاء الأطفال أن عقولهم لديها برامج لمعالجة الخوف والحزن وإن العلاج سيزيل الأخطاء من تلك البرامج. يُنير معالجو الأطفال الجيدون مرضاهم ويشتتون انتباههم في الوقت نفسه؛ وكما لاحظت كريستي، «لا يوجد شيء يجعل الأطفال غير مسترخيين مثل أن يُطلب منهم الاسترخاء».

يعد الاكتئاب أيضًا مشكلة حادة للأطفال الذين يعانون مرضًا جسديًّا أو إعاقة. تقول كريستي: «عندما يخضع الأطفال لعلاجات طبية مكثفة، مثل تلك الخاصة بالسرطان، التي تتضمن الوخز والحقن بشكل متكرر، فقد يشعرون بالاستياء وقد يتهمون والديهم باستخدام هذه العلاجات كعقاب. وهذا يمكن أن يؤدي إلى القلق لدى الوالدين، مما يؤدي إلى اكتئاب الجميع». المرض يولد السرية، والسرية تولد الاكتئاب. «جلست ذات مرة مع أم وابنها المكتئب للغاية، وقلت لها: «أخبريني إذن عن سبب وجودك هنا»، فقالت الأم، أمام هذا الطفل الصغير مباشرةً، هامسة بصوت مسموع: «إنه مصاب بسرطان الدم لكنه لا يعرف ذلك». ثم طلبتُ قضاء بعض الوقت بمفردي مع الصبي الصغير وسألته عن سبب مجيئه لرؤيتي. قال إنه مصاب بسرطان الدم، لكنه لم يخبر والدته لأنه لا يريدها أن تعرف أنه يعرف. لذلك كان الاكتئاب مرتبطًا بقضايا كبيرة تتعلق بالتواصل، وقد تفاقمت تلك المشكلات وظهرت بسبب سرطان الدم والعلاجات التي يتطلبها المرض».

لقد ثبت الآن أن الأطفال المصابين بالاكتئاب عادة ما يتحولون إلى بالغين مكتئبين.[38] وأربعة بالمائة من المراهقين الذين عانوا من اكتئاب الطفولة ينتحرون. ويقوم عدد كبير منهم بمحاولات انتحار، ولديهم معدلات عالية من كل مشاكل التكيف الاجتماعي الخطيرة تقريبًا. يحدث الاكتئاب بين عدد كبير من الأطفال قبل سن البلوغ، لكنه يصل إلى ذروته في مرحلة المراهقة، حيث يعاني ما لا يقل عن 5% من المراهقين الاكتئاب السريري.[39] وفي تلك المرحلة، غالبًا ما يكون الاكتئاب مصحوبًا بتعاطي المخدرات أو اضطرابات القلق.[40] يقلل الآباء من عمق الاكتئاب لدى أبنائهم المراهقين.[41] لا شك أن اكتئاب المراهقين أمر محير لأن مرحلة المراهقة الطبيعية تشبه إلى حد كبير الاكتئاب على أي حال؛ فهي فترة من المشاعر المكثفة والصراعات. إن أكثر من 50% من طلاب المدارس الثانوية «فكروا في قتل أنفسهم».[42] تقول كاي جاميسون، أحد الخبراء البارزين في مرض الهوس الاكتئابي: «يعاني ما لا يقل عن 25% من المراهقين المسجونين الاكتئاب. يمكن علاجه الآن وسيساعدهم ذلك كثيرًا. لكن بحلول الوقت الذي يصبحون فيه بالغين، يكون مستوى الاكتئاب مرتفعًا ولكن السلوك السلبي يصبح متأصلًا في الشخصية، ولا يكون علاج الاكتئاب كافيًا». يلعب التفاعل الاجتماعي أيضًا دورًا؛ غالبًا ما يؤدي ظهور الخصائص الجنسية الثانوية إلى الارتباك العاطفي. تهدف الأبحاث الحالية إلى تأخير ظهور أعراض الاكتئاب، فكلما بدأ الاكتئاب مبكرًا، زادت احتمالية مقاومته للعلاج.[43] تقول إحدى الدراسات إن أولئك الذين يعانون نوبات الاكتئاب في مرحلة الطفولة أو

المراهقة لديهم سبعة أضعاف معدل الاكتئاب لدى البالغين من عامة الناس[44]؛ وتقول دراسة أخرى إن 70% منهم سيعانون تكرار نوبات الاكتئاب.[45] إن الحاجة إلى التدخلات المبكرة والعلاجات الوقائية واضحة تمامًا. يجب أن ينتبه الآباء إلى الانعزال المبكر، واضطراب الشهية للطعام، والنوم، وسلوك النقد الذاتي؛ ويجب أن يؤخذ الأطفال الذين تظهر عليهم علامات الاكتئاب هذه للمختصين للخضوع للفحص والتقييم.

يفشل المراهقون على وجه الخصوص (والمراهقون الذكور في المقام الأول) في شرح أنفسهم بوضوح، ولا توليهم مجالات العلاج سوى القليل من الاهتمام.[46] أوضح أحد المعالجين: «لدي مراهقون يأتون ويجلسون في الزاوية ويقولون: «لا يوجد مشكلة بي». لا أعترض على كلامهم أبدًا. أقول: «حسنًا، هذا رائع! كم هو رائع أنك لست مكتئبًا مثل العديد من الأولاد في عمرك ومثل الكثير من الصغار الذين يأتون لرؤيتي. أخبرني كيف يبدو الأمر عندما تشعر أنك بخير تمامًا. أخبرني كيف يبدو الأمر في هذه اللحظة عندما أكون في هذه الغرفة وأنت تشعر أنك بخير تمامًا». أحاول أن أمنحهم فرصًا للتفكير والشعور مع شخص آخر».

من غير الواضح إلى أي مدى يسبب الاعتداء الجنسي الاكتئاب من خلال العمليات العضوية المباشرة، وإلى أي مدى يعكس الاكتئاب نوع البيئة المنزلية الممزقة التي يحدث فيها الاعتداء الجنسي.[47] يميل الأطفال الذين يتعرضون للاعتداء الجنسي إلى أن تكون لديهم أنماط حياة تتسم بالسلوك المدمر للذات، ويواجهون مستويات عالية من الشدائد. عادة ما ينشؤون في خوف دائم؛ فعالمهم يكون غير مستقر، وهذا يؤدي إلى عدم توازن شخصياتهم. يصف أحد المعالجين امرأة شابة تعرضت للاعتداء الجنسي ولم تصدق أن أي شخص يمكنه الاعتناء بها ويمكنها الثقة به؛ يقول المعالج: «كل ما احتاجت إليه هو أن أكون متسقًا في تفاعلاتي معها» من أجل إنهاء عدم الثقة التلقائي الذي ربطته بكل العالم. إن الأطفال المحرومين من الحب المبكر ومن التشجيع على النمو المعرفي غالبًا ما يُصابون بإعاقة دائمة. قال زوجان تبنيا طفلًا من دار للأيتام في روسيا[48]: «كان طفلًا في الخامسة من عمره لم يكن لديه أي تفكير سببي، ولم يكن يعلم أن النباتات حية والأثاث ليس كذلك». وقد ظلوا يحاولون تصحيح هذا العجز منذ ذلك الحين، والآن يعترفون بأن التعافي الكامل لن يكون ممكنًا.

بالنسبة إلى الأطفال الآخرين، على الرغم من أن التعافي يبدو مستحيلًا، فإن التكيف ليس كذلك. تصف كريستي علاج فتاة تعاني صداعًا مزمنًا رهيبًا، «مثل طرق المطارق في رأسي» على حد وصف الفتاة، التي تخلت عن كل شيء في حياتها بسبب الصداع. لم تستطع الذهاب إلى المدرسة. لم تستطع اللعب. لم تستطع التفاعل مع الآخرين. عندما التقت كريستي للمرة الأولى، قالت لها: «لا يمكنكِ جعلي أتخلص من الصداع الذي أشعر به». قالت كريستي: «أنتِ على حق. لا أستطيع. لكن دعينا نفكر في طرق لإبقاء هذا الصداع في جزء واحد من رأسك ونرى ما إذا كان بإمكانك استخدام جزء آخر من رأسك حتى في أثناء دق المطارق هناك». تشير كريستي إلى أن «الخطوة الأولى هي تصديق ما يقوله الطفل حتى لو كان ظاهريًّا غير

صحيح أو غير قابل للتصديق، والاعتقاد بأنه حتى لو كان الطفل يستخدم لغة مجازية لا معنى لها، فلا بد أن تكون منطقية بالنسبة إليه». وبعد علاج مكثف، قالت الفتاة المعنية إنها تستطيع الذهاب إلى المدرسة رغم الصداع الذي تعانيه، ثم بدأت في تكوين أصدقاء رغم الصداع، وفي غضون عام آخر، اختفى الصداع نفسه.

أما كبار السن المصابين بالاكتئاب فيعانون نقص العلاج والرعاية بشكل مزمن، ويرجع ذلك إلى حد كبير إلى أننا كمجتمع نرى الشيخوخة على أنها مُسببة للبؤس والإحباط. إن الافتراض بأنه من المنطقي أن يكون كبار السن بائسين يمنعنا من مساعدتهم بعلاج هذا البؤس، مما يترك العديد من الناس يعيشون أيامهم الأخيرة في ألم عاطفي شديد غير مُبرَّر.[49] في وقت مبكر من عام 1910، وصف إميل كريبيلين، أبو علم الأدوية النفسية الحديث، الاكتئاب بين كبار السن بأنه حزن لا إرادي.[50] منذ ذلك الحين، أدى انهيار هياكل الرعاية التقليدية وتجريد كبار السن من أي شعور بالأهمية إلى تفاقم الأمور. إن كبار السن في دور رعاية المسنين هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب بمرتين مقارنة بأولئك الذين يعيشون في العالم الطبيعي[51]؛ في الواقع، تشير التقديرات إلى أن أكثر من ثلث المقيمين في دور رعاية المسنين يعانون الاكتئاب بشكل كبير.[52] ومن اللافت للنظر أن تأثيرات العلاج الوهمي على المرضى المسنين أعلى بكثير من المعتاد. قد يشير هذا إلى أن هؤلاء الأشخاص يحظون ببعض الفوائد من الظروف المحيطة بتناول الدواء الوهمي، بما يتجاوز الفوائد النفسية الجسدية التقليدية المتمثلة في الاعتقاد بأن الشخص يتلقى دواءً. يبدو أن المراقبة والمقابلات الوثيقة والنظام الدقيق والاهتمام المركز في أثناء إجراء الدراسات على كبار السن لها تأثير مفيد. لذا من الواضح أن الأفراد المسنين في مجتمعنا يشعرون بالوحدة العميقة حتى يكون لمثل هذه الاستجابة المتواضعة من المجتمع مثل هذا التأثير الإيجابي عليهم.[53]

في حين أن العوامل الاجتماعية التي تؤدي إلى الاكتئاب بين كبار السن قوية، يبدو أن التحولات العضوية المهمة تؤثر أيضًا على الحالة المزاجية. إذ تكون مستويات جميع الناقلات العصبية أقل بين كبار السن.[54] ومستوى السيروتونين لدى مَن هم في الثمانينات من العمر هو نصف ما كان عليه في الأشخاص أنفسهم في الستينات من العمر.[55] بالطبع يمر الجسم في هذه المرحلة من الحياة بالعديد من التحولات الأيضية والكثير من إعادة التوازن الكيميائي، وبالتالي فإن انخفاض مستويات الناقلات العصبية ليس له التأثير الفوري نفسه (على حد علمنا) كما هو الحال لدى الشخص الأصغر سنًّا الذي تنخفض فجأة مستويات السيروتونين بمقدار النصف لديه.[56] إن مدى تغير مرونة الدماغ وعمله مع تقدم العمر ينعكس أيضًا في حقيقة أن العلاج المضاد للاكتئاب يستغرق وقتًا طويلًا بشكل خاص بالنسبة إلى كبار السن.[57] إن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية نفسها التي تبدأ مفعولها في منتصف العمر في غضون ثلاثة أسابيع، غالبًا ما تستغرق اثني عشر أسبوعًا أو أكثر في المرضى المسنين

لتكون فعالة. ومع ذلك، فإن معدل نجاح العلاج لا يتغير حسب العمر؛ فالنسبة نفسها من الناس تستجيب للعلاج.[58]

كثيرًا ما يوصى بالعلاج بالصدمات الكهربائية لكبار السن لثلاثة أسباب. الأول هو أنه، على عكس الأدوية، يعمل بسرعة. إن السماح لشخص ما بالاكتئاب أكثر فأكثر لعدة أشهر قبل أن تبدأ أدويته في تخفيف يأسه ليس أمرًا بناءً. بالإضافة إلى ذلك، ليس للعلاج بالصدمات الكهربائية تفاعلات عكسية مع الأدوية الأخرى التي قد يتناولها كبار السن؛ فمثل هذه التفاعلات يمكن في كثير من الحالات أن تحدَّ من نطاق مضادات الاكتئاب التي يمكن وصفها. أخيرًا، غالبًا ما يعاني كبار السن المصابون بالاكتئاب هفوات في الذاكرة وقد ينسون تناول أدويتهم أو قد ينسون أنهم تناولوها ويتناولون الكثير منها. العلاج بالصدمات الكهربائية أسهل بكثير في السيطرة عليه في هذا الصدد. غالبًا ما يكون العلاج في المستشفى على المدى القصير هو أفضل طريقة لرعاية كبار السن الذين يعانون الاكتئاب الشديد.[59]

قد يكون من الصعب اكتشاف الاكتئاب لدى فئة كبار السن. إن مشكلات الرغبة الجنسية التي تعتبر عناصر مهمة للاكتئاب بين الشباب لا تلعب دورًا مهمًّا بين كبار السن. وهم يشعرون بالذنب في كثير من الأحيان أقل من المصابين بالاكتئاب الأصغر سنًّا. وبدلًا من الشعور بالنعاس، يميل كبار السن المصابون بالاكتئاب إلى الإصابة بالأرق، والاستلقاء مستيقظين في أثناء الليل تحت وطأة جنون الارتياب في كثير من الأحيان.[60] حيث يبالغون إلى حد كبير في ردود أفعالهم الكارثية تجاه الأحداث الصغيرة. ويميلون إلى التركيز كثيرًا على أجسادهم، والشكوى من عدد هائل من الآلام والأوجاعِ الغريبة والمضايقات الجوية؛ من قبيل «هذا الكرسي لم يعد مريحًا بعد الآن»؛ «مقعد الحمام الخاص بي منخفض»؛ «ذراعي اليمنى تؤلمني عندما أمسك فنجانًا من الشاي»؛ «الأضواء في غرفتي ساطعة للغاية»؛ «الأضواء في غرفتي خافتة للغاية». وهكذا إلى ما لا نهاية. كما يصابون ببعض العصبية ويصبحون غاضبين، وغالبًا ما يُظهِرون فظاظة عاطفية مزعجة أو لا مبالاة عاطفية تجاه من حولهم، ويُظهِرون أحيانًا «سلسًا عاطفيًّا».[61] تستجيب هذه الأعراض في أغلب الأحيان لمثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية. غالبًا ما يكون اكتئابهم إما نتيجة مباشرة لتغير الأنظمة العضوية (بما في ذلك انخفاض تدفق الدم إلى الدماغ) وإما نتيجة للألم والشعور بالإهانة الناجم عن الانحلال الجسدي. غالبًا ما يصاحب الخرف والشيخوخة لدى كبار السن الاكتئاب، لكنهما حالات مختلفة، على الرغم من أنهما قد يحدثان معًا. في الخرف، تنخفض القدرة على القيام بوظائف العقل التلقائية: حيث تتعرض الذاكرة الأساسية، وبخاصة قصيرة المدى، للخطر. عند مرضى الاكتئاب، تُعاق وتُقمَع العمليات الضاغطة والمجهدة نفسيًّا؛ إذ يصبح من الصعب الوصول إلى الذكريات المعقدة طويلة المدى، وتُعاق معالجة المعلومات الجديدة. لكن أغلب كبار السن لا يدركون هذه الفروق، ويعتقدون أن أعراض الاكتئاب ترجع إلى تقدم السن

والخرف الخفيف، ولهذا السبب يفشلون في كثير من الأحيان في اتخاذ الخطوات الأساسية لتحسين حالتهم.

سقطت والدة جدتي في شقتها وكسرت ساقها عندما كانت في أواخر التسعينات من عمرها. ثُبِّتت ساقها، وعادت إلى المنزل من المستشفى مع فريق من الممرضات. وجدت صعوبة بالتأكيد في المشي في البداية، ولم تتمكن من أداء التمارين التي حددها لها اختصاصي العلاج الطبيعي إلا بصعوبة. وبعد مرور شهر، شفيت ساقها بشكل جيد، لكنها ظلت خائفة من المشي واستمرت في معاناتها مع الحركة. لقد اعتادت المرحاض الذي يمكن إحضاره إلى جانب سريرها، ورفضت السير مسافة خمسة عشر قدمًا للوصول إلى المرحاض. اختفى فجأة اهتمامها بمظهرها الذي كان سمة أساسية فيها، ورفضت الذهاب إلى مصفف الشعر، الذي كانت تزوره مرتين كل أسبوع منذ ما يقرب من قرن من الزمان. في الواقع، رفضت الخروج على الإطلاق وواصلت تأجيل زيارتها لاختصاصي تقويم الأقدام على الرغم من المسامير المستخدمة لتثبيت قدمها التي لا بد أنها كانت مؤلمة. ومرت أسابيع على هذا النحو وهي في شقتها الخانقة. وفي هذه الأثناء كان نومها غير منتظم ومضطربًا. رفضت التحدث مع أبناء خالتي عندما اتصلوا بها. لقد كانت دائمًا دقيقة في شؤونها الشخصية ومتكتمة إلى حد ما فيما يتعلق بالتفاصيل؛ الآن باتت تطلب مني أن أفتح فواتيرها وأدفعها لأن الأمر أصبح مزعجًا للغاية بالنسبة إليها. لم تكن قادرة على استيعاب معلومات بسيطة، وكانت تطلب مني أن أكرر خططي لعطلة نهاية الأسبوع ثماني مرات، وبدا هذا التخلف المعرفي أشبه بالشيخوخة. أصبحت تُكرر الكلام والأفعال، وعلى الرغم من أنها لم تكن حزينة، فإنها شحبت وتضاءل جسدها تمامًا. أصر طبيبها العام على أنها كانت تعاني بعض التوتر المرتبط بالصدمة، لكنني رأيت أنها كانت تستعد للموت واعتقدت أن هذا كان رد فعل غير مناسب لكسر في الساق، بغض النظر عن عمرها.

أخيرًا أقنعت الطبيب النفسي الخاص بي بالحضور إلى شقتها والتحدث معها، وشخَّص على الفور الاكتئاب الشديد الناتج عن الشيخوخة ووصف لها دواء سيليكسا. وبعد ثلاثة أسابيع، كان لدينا موعد مع اختصاصي تقويم العظام. لقد ضغطتُ عليها للخروج لأنني اعتقدت أن قدمها تحتاج إلى الرعاية، ولكن أيضًا بسبب أنني اعتقدت أنه من الضروري لها أن تغامر بدخول العالم مرة أخرى. نظرت إليَّ بألم عندما جعلتها تخرج ويبدو أنها وجدت الأمر برمته منهكًا تمامًا. كانت مرتبكة وخائفة. وبعد أسبوعين، كان لدينا موعد مع الطبيب الذي ثبَّت ساقها. وصلتُ إلى شقتها لأجدها وقد ارتدت فستانًا جذابًا، وصففت شعرها ووضعت القليل من أحمر الشفاه، وارتدت بروشًا صغيرًا من اللؤلؤ كانت ترتديه غالبًا في الأيام السعيدة. نزلتْ إلى الطابق السفلي دون أن تشتكي. من الواضح أنها وجدت نزهتنا مرهقة، وكانت مضطربة في عيادة الطبيب، وظهر عليها جنون الارتياب بعض الشيء، ولكن عندما جاء الجراح، هدأت وتحدثت معه جيدًا. وفي نهاية زيارتها، ساندتها أنا وممرضتها نحو باب المبنى. وأعربت عن

سرورها عندما علمت أن ساقها قد شفيت بشكل جيد وشكرت الجميع بغزارة. كنت مبتهجًا عند كل علامة على استفاقتها من جديد، لكن لم يمنع ذلك من صدمتي عندما قالت لي بينما كنا نغادر: «عزيزي، ما رأيك أن نخرج لتناول الغداء؟» وذهبنا إلى مطعم كنا نحبه، وبمساعدتي سارت مسافة قصيرة في المطعم، وسردنا قصصًا صغيرة وضحكنا، واشتكت من أن قهوتها لم تكن ساخنة بدرجة كافية وأعادتها. لقد عادت على قيد الحياة مرة أخرى. لا أستطيع أن أقول إنها عادت بعد ذلك إلى تناول الغداء بانتظام، لكنها وافقت بعد ذلك على الخروج مرة كل بضعة أسابيع، وعاد إليها تماسكها الأساسي وروح الدعابة تدريجيًا. وبعد ستة أشهر، أصيبت بما تبين أنه نزيف داخلي طفيف الخطورة، ودخلت المستشفى لمدة ثلاثة أيام. لقد كنت قلقًا عليها، لكني سُررت لأن مزاجها كان مرنًا بدرجة كافية حتى تتمكن من التعامل مع دخول المستشفى دون أن تصاب بالذعر أو الارتباك. وبعد أسبوع من عودتها إلى المنزل، زرتها وتأكدت من أن لديها مخزونًا كافيًا من جميع أدويتها. لكن لاحظت أن زجاجة سيليكسا كانت ممتلئة تمامًا كما كانت عندما زرتها سابقًا. سألتها: «هل كنتِ تتناولين هذه؟». قالت: «أوه، لا. أخبرني الطبيب أن أتوقف عن تناولها». افترضت أنها ربما أساءت الفهم، لكن ممرضتها كانت حاضرة عندما قالت ذلك وأكدته. لقد دُهشت بصراحة. ليس لدى سيليكسا أي آثار جانبية على الجهاز الهضمي، ويبدو أن تورطه في نزيفها أمر مستبعد إلى حد كبير. لم يكن هناك سبب وجيه لإيقافه، ولا يمكن أن يكون هناك سبب وجيه لإيقافه بهذه السرعة؛ حتى الشخص الصغير الذي يتمتع بصحة جيدة يجب أن يتوقف عن تناول الأدوية المضادة للاكتئاب تدريجيًّا ووفقًا لبرنامج واضح. لا ينبغي لأي شخص يتلقى فائدة كبيرة من الدواء أن يتوقف عن تناوله على الإطلاق، لكن طبيب الشيخوخة الذي عالج عمتي قرر بشكل غريب أنه سيكون من الجيد لها التوقف عن أي أدوية «غير ضرورية». اتصلت بهذا الطبيب وصرخت بصوت عالٍ، وكتبت رسالة غاضبة إلى رئيس المستشفى، وطلبت من جدتي الكبرى العودة إلى تناول الدواء. إنها تعيش بسعادة إلى حد ما وستكون على بُعد أقل من شهر من عيد ميلادها المائة عندما يُطبَع هذا الكتاب. سنذهب إلى مصفف الشعر خلال أسبوعين حتى تبدو بأفضل حالاتها في الحفلة الصغيرة التي نخطط لإقامتها. أذهب لزيارتها كل يوم خميس، وأصبحت فترات ما بعد الظهيرة التي كنا نقضيها معًا، التي كانت ذات يوم عبئًا ثقيلًا، أصبحت الآن مليئة بالمرح؛ عندما قدمت لها بعض الأخبار العائلية الجيدة قبل بضعة أسابيع، صفقت بيديها ثم بدأت في الغناء. نتحدث معًا عن كل أنواع الأشياء، وقد استفدتُ مؤخرًا من حكمتها التي عادت إليها مع عودة سعادتها.

غالبًا ما يكون الاكتئاب علامة مبكرة لضعف شديد في العقل لدى كبار السن.[62] يبدو أنه يتنبأ، إلى حد ما، بالخرف ومرض ألزهايمر. وهذه الأمراض بدورها قد تتعايش مع الاكتئاب أو تؤججه. يبدو أن مرض ألزهايمر يخفض معدلات السيروتونين بشكل أكبر من الخرف.[63] إن قدراتنا على تغيير التشوش والانحلال المعرفي الذي يشكل جوهر الخرف أو مرض ألزهايمر

محدودة للغاية، ولكننا قادرون على تخفيف الألم النفسي الحاد الذي غالبًا ما يصاحب تلك الشكاوى. كثير من الناس مشوشون دون أن يشعروا بالخوف أو الحزن العميق، وهذه هي الحالة التي يمكننا تحقيقها مع أعضاء هذه الفئة في الوقت الحالي، ولكننا لا نفعل ذلك عادة. أجريَت بعض التجارب لقياس ما إذا كان انخفاض مستويات السيروتونين قد يكون مسؤولًا عن الخرف، لكن يبدو من المرجح أن الخرف ينتج عن تلف مناطق الدماغ المختلفة، بما في ذلك تلك المسؤولة عن إنتاج السيروتونين.[64] وبعبارة أخرى، فإن الخرف وانخفاض السيروتونين هما نتائج منفصلة لسبب واحد. يبدو أن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية ليس لها تأثير كبير على المهارات الحركية أو المهارات الفكرية التي تتضرر بسبب الشيخوخة والخرف[65]؛ لكن الحالة المزاجية الأفضل تسمح في كثير من الأحيان لكبار السن بالاستفادة بشكل أفضل من القدرات التي لا تزال موجودة عضويًّا فيهم، وبالتالي قد تكون هناك درجة معينة من التحسن المعرفي من الناحية العملية. يبدو أيضًا أن مرضى ألزهايمر وغيرهم من كبار السن المصابين بالاكتئاب يستجيبون للأدوية غير التقليدية مثل ترازودون، التي لا تعد علاجات الخط الأول المعتادة للاكتئاب.[66] وقد يستجيبون أيضًا للبنزوديازيبينات، لكن هذه الأدوية تميل إلى جعلهم مخدرين بشكل مفرط.[67] كما يستجيبون بشكل جيد للعلاج بالصدمات الكهربائية. من المهم أن نلاحظ أن التشوش لا يحكم بالضرورة على هؤلاء الأفراد بالبؤس. ومن بين المرضى الذين يُظهِرون عدوانية جنسية ونزوعًا مفرطًا نحو الجنس في مرض ألزهايمر -وهي حالات ليست بالقليلة- قد تساعد العلاجات الهرمونية[68]؛ لكن هذا يبدو لي غير إنساني إلى حد ما إلا إذا كانت المشاعر الجنسية تسبب البؤس لأولئك الذين يعانونها. بشكل عام، لا يستجيب الأفراد المصابون بالخرف بشكل جيد للعلاجات الكلامية.

غالبًا ما يكون الاكتئاب أيضًا نتيجة للسكتة الدماغية.[69] يكون الأشخاص في السنة الأولى بعد السكتة الدماغية أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب بمقدار الضعف مقارنة بالآخرين. قد يكون هذا نتيجة لضرر فسيولوجي لأجزاء معينة من الدماغ، وقد أشارت بعض الأبحاث إلى أن السكتات الدماغية في الفص الجبهي الأيسر من المرجح بشكل خاص أن تؤدي إلى إحداث اضطراب في المشاعر.[70] بعد التعافي الأوَّلي، يتعرض العديد من كبار السن الذين أصيبوا بالسكتات الدماغية لنوبات بكاء شديدة للغاية عند حدوث أشياء بسيطة سلبية أو إيجابية. أحد المرضى، بعد تعرضه لسكتة دماغية، كان ينفجر في البكاء ما بين خمس وعشرين إلى مائة مرة في اليوم، وكانت كل نوبة تدوم ما بين دقيقة إلى عشر دقائق، مما جعله منهكًا للغاية لدرجة أنه لم يتمكن من العيش بشكل طبيعي.[71] أدى العلاج باستخدام مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية إلى السيطرة بسرعة على نوبات البكاء هذه؛ ولكن بمجرد توقف المريض عن تناول الدواء، عاد البكاء، وهو الآن يتناول الدواء بشكل دائم. رجل آخر اضطر إلى التخلي عن العمل بالكامل لمدة عشر سنوات بسبب الاكتئاب الذي أعقب السكتة الدماغية. كانت تداهمه نوبات من الدموع؛ وقد ساعده العلاج باستخدام مثبطات استرداد السيروتونين

الانتقائية على استعادة نشاطه مرة أخرى، وفي أواخر الستينات من عمره عاد إلى العمل.[72] ليس هناك شك في أن السكتات الدماغية في مناطق معينة من الدماغ لها عواقب مدمرة عاطفيًا، ولكن يبدو أنه في كثير من الحالات، يمكن السيطرة على تلك العواقب.

على عكس الجنس أو العمر في حالة الاكتئاب، لا يبدو أن العِرق يحمل محددات بيولوجية. ومع ذلك، فإن التوقعات الثقافية حول الناس تجعلهم يُظهرون أمراضهم بطرق معينة. في كتابه الرائع «مسافرون مجانين Mad Travellers»، يصف إيان هاكينج متلازمة (السفر الجسدي بلاوعي) التي أثرت على العديد من الناس في أواخر القرن التاسع عشر، التي اختفت بعد بضعة عقود.[73] لا أحد يواجه الآن مشكلة القيام برحلات جسدية دون أن يعرف أنه يفعل ذلك. ومن الواضح أن بعض الفترات التاريخية والقطاعات الاجتماعية قد أصيبت بأعراض نفسية معينة. يوضح هاكينج: «أعني بـ «المرض النفسي العابر» المرض الذي يظهر في وقت ما، في مكان ما، ثم يختفي فيما بعد. قد يكون انتقائيًا للطبقة الاجتماعية أو الجنس، ويفضل النساء الفقيرات أو الرجال الأغنياء. لا أقصد أنه يأتي ويذهب لدى هذا المريض أو ذاك، ولكن هذا النوع من الجنون لا يوجد إلا في أوقات معينة وفي أماكن معينة». يشرح هاكينج النظرية التي وضعها إدوارد شورتر بأن الشخص نفسه الذي كان سيعاني في القرن الثامن عشر نوبات الإغماء والبكاء المتشنج، الذي كان سيعاني في القرن التاسع عشر الشلل الهستيري أو الانكماش، من المرجح الآن أن يعاني الاكتئاب والتعب المزمن، أو فقدان الشهية.

إن الروابط بين العِرق والتعليم والطبقة، حتى بين الأمريكيين المكتئبين، متشابكة للغاية بحيث لا يمكن تصنيفها. ومع ذلك، فمن الممكن استخلاص بعض العوامل العامة. خوان لوبيز، من جامعة ميشيجان، هو باحث مرح يتمتع بروح الدعابة اللطيفة وشخصية دافئة. يقول: «أنا كوبي متزوج بورتوريكية ولدينا ابنة -بالتبني- مكسيكية، وعشت في إسبانيا لفترة من الوقت. لذا، فأنا منغمس في الثقافة اللاتينية». لقد عمل لوبيز على نطاق واسع مع سكان ميشيجان من العمال المهاجرين من أصل إسباني ومع الكهنة الذين هم القائمون على رعايتهم، وقد أخذ على عاتقه خدمة احتياجاتهم النفسية. يقول: «الشيء الرائع في الولايات المتحدة هو أنه يمكن أن يكون لديك العديد من الخلفيات الثقافية المختلفة التي تتفاعل مع المرض نفسه». لاحظ لوبيز أن الأشخاص اللاتينيين أكثر عرضة لإسقاط مشكلاتهم النفسية على أجسادهم بدلًا من تسجيلها أو التحدث عنها. هناك هؤلاء النساء، وأنا على صلة قرابة بالعديد منهن، اللائي يأتين ويقلن: أوه، ظهري يؤلمني وهناك ألم في بطني وأشعر بأن ساقي غريبة وما إلى ذلك. ما لا أزال أريد أن أعرفه ولا أستطيع معرفته هو ما إذا كُن يقلن هذا فقط لتجنب الاعتراف بمشكلاتهن النفسية، أم أنهن يعانين الاكتئاب بهذه الطريقة، دون أن يشعرن بالأعراض المعتادة. إذا تحسنَّ، كما يفعل الكثير منهن، من خلال الاستماع إلى والتر ميركادو، هذا الصوفي البورتوريكي، فما الذي حدث بالفعل بيولوجيًا بداخلهم؟» لكن الاكتئاب بين السكان اللاتينيين الأكثر تعليمًا أقرب على الأرجح إلى الاكتئاب لدى عامة الناس.

تعرَّض صديق لي من الدومينيكان، وهو في أوائل الأربعينات من عمره، لانهيار مفاجئ عندما اتفق هو وزوجته الثانية على الانفصال. لقد انتقلت إلى مكان آخر، وأصبح يواجه صعوبة متزايدة في أداء مهامه ووظيفته كمشرف على مبنى سكني. كانت المهام البسيطة تُثقل كاهله؛ توقف عن الأكل؛ وأصبح نومه غير منتظم. قطع الاتصال مع أصدقائه وحتى مع أطفاله. قال لي لاحقًا: «لم أفكر في الأمر على أنه اكتئاب. اعتقدت أنني ربما سأموت أو ربما أعاني مرضًا جسديًا. أعتقد أنني كنت أعلم أنني منزعج، لكنني لم أكن أعرف ما علاقة ذلك بأي شيء. باعتباري مواطنًا دومينيكانيًا، أنا عاطفي جدًا ولكن أعتقد أيضًا أنني مفتول العضلات إلى حد كبير، ولذا لدي الكثير من المشاعر ولكني لا يمكنني التعبير عنها بسهولة، ولن أسمح لنفسي بالبكاء». وبعد قضاء شهرين جالسًا طوال النهار والليل في الطابق السفلي من المبنى الذي كان يعمل فيه (يقول: «لا أعرف كيف حافظت على وظيفتي، ولكن لحسن الحظ لم يكن هناك تسرب خطير في شقة أحد أو أي شيء من هذا القبيل») قام أخيرًا برحلة إلى الوطن؛ إلى جمهورية الدومينيكان، حيث عاش خلال السنوات العشر الأولى من حياته وحيث كان لا يزال لديه الكثير من أفراد العائلة. «شربت كثيرًا، جلست على متن الطائرة وأنا ثمل للغاية لأنني كنت خائفًا جدًّا من كل شيء، حتى من العودة إلى المنزل. وبدأت أبكي على متن الطائرة، وظللت أبكي طوال الرحلة، ووقفت أبكي في المطار وظللت أبكي عندما رأيت عمي الذي جاء لاصطحابي. كان الأمر مروعًا. شعرت بالحرج والانزعاج والخوف. لكن على الأقل خرجت من ذلك الطابق السفلي اللعين. ثم على الشاطئ بعد بضعة أيام التقيت هذه المرأة، هذه الصديقة، هذه الفتاة الجميلة، التي اعتقدتْ أنه من حُسن حظها حقًّا أنني أتيت من الولايات المتحدة. وبطريقة ما تمكنت من رؤية نفسي من خلال عينيها وبدأت أشعر بالتحسن. واصلت الشرب، لكنني توقفت عن البكاء لأنني لم أستطع البكاء أمامها، وربما كان ذلك مفيدًا لي. كما تعلمون، بالنسبة لي كدومينيكي، على وجه الخصوص، فإن الاهتمام بالنساء هو ضرورة أساسية» وبعد بضعة أشهر، عاد هو وزوجته معًا، وعلى الرغم من استمرار شعوره بالحزن، فإن قلقه تبخر. وعندما ذكرتُ الأدوية، هز رأسه، وقال: «كما تعلم، لست أنا الذي أتناول الحبوب من أجل المشاعر».

إن الاكتئاب بين الأمريكيين من أصل إفريقي يأتي مصحوبًا بمجموعة خاصة من الصعوبات. في كتابها المؤثر الجميل «ويلو تبكي من أجلي»[74]، تصف ميري دانكوا المشكلة: «ببساطة، لم يكن الاكتئاب السريري موجودًا في عالم احتمالاتي، أو في عالم احتمالات أي من النساء السود في عالمي. لقد كان وهم القوة ولا يزال ذا أهمية كبيرة بالنسبة لي كامرأة سوداء. الأسطورة الوحيدة التي اضطررت إلى تحملها طوال حياتي هي أسطورة قوتي الطبيعية. يُفتَرض دائمًا أن تكون النساء السود قويات؛ أي يكن مقدمات للرعاية، ومربيات، ومعالجات لأشخاص آخرين وأشياء من هذا القبيل. يُفتَرض أن تكون الصعوبات العاطفية جزءًا لا يتجزأ من بنية حياتنا. كان يتوافق ذلك مع كونك أسود وأنثى على حد سواء». ميري دانكوا، في

العادة، ليست مكتئبة؛ فهي امرأة جميلة وأنيقة تتمتع بهالة من السلطة الملكية. قصصها عن الأسابيع والأشهر الضائعة من حياتها مؤثرة. إنها لا تنسى سوادها أبدًا. قالت لي ذات يوم: «أنا سعيدة جدًّا لأن لدي ابنة وليس ابنًا. أكره أن أفكر كيف ستكون حياة الرجال السود هذه الأيام، وكيف سيكون الأمر بالنسبة إلى طفل لديه تاريخ عائلي من الاكتئاب. أكره أن أعتقد أنه قد ينتهي بي الأمر إلى أن يكبر ويذهب خلف القضبان في السجون. لا يوجد مكان كبير للنساء السود اللاتي يعانين الاكتئاب، ولكن لا يوجد مكان من الأساس للرجال السود».

لا توجد قصة نموذجية للاكتئاب الأسود. غالبًا ما يلعب إضفاء الطابع الداخلي على العنصرية -الشك الذاتي المبني على المواقف الاجتماعية السائدة- دورًا قويًّا. العديد من الأشخاص الذين ضُمِّنت قصصهم في هذا الكتاب هم أمريكيون من أصل إفريقي. لقد اخترت عدم تحديد الأشخاص حسب العرق إلا عندما يبدو الأمر ذا صلة خاصة بتفاصيل معاناتهم. من بين العديد من القصص غير التقليدية التي سمعتها، تأثرت بشكل خاص بحكاية ديري برودنت، وهو رجل أمريكي من أصل إفريقي من جذور هايتية، الذي يبدو أن تجاربه مع الاكتئاب قد قوَّت من روحه وأضعفت من تفاعلاته مع الآخرين، وهو يدرك بعمق الطرق التي يؤثر بها سواده على حياته العاطفية. كان الأصغر بين تسعة أطفال، وقد نشأ في منطقة بيدفورد-ستايفسانت الفقيرة في بروكلين ثم في فورت لودرديل عندما تقاعد والداه هناك. عملت والدته بدوام جزئي مساعدة صحية منزلية، وكان والده نجارًا. كان كلا الوالدين من السبتيين المتدينين بشدة، ووضعا معايير عالية للسلوك والاستقامة، وكان على ديري التوفيق بين هذه المعايير وبعض أصعب المناطق في العالم. لقد جعل نفسه قويًّا جسديًّا وعقليًّا ليتمكن من التغلب على الضغط الناتج عن التضارب بين توقعات عائلته والتحديات والمعارك اليومية التي يفرضها عليه العالم الخارجي. «كان لدي دائمًا ذلك الشعور بأنني غريب، حتى عندما كنت طفلًا، وأنني أتعرض للعقاب والإذلال. لم يكن هناك العديد من الهايتيين الآخرين في منطقتنا عندما كنت أكبر، وكنا بالتأكيد السبتيين الوحيدين في تلك المنطقة. لقد أزعجني كوني مختلفًا؛ كان الأطفال في المبنى الذي أعيش فيه يطلقون عليَّ لقب «رأس جوز الهند». وكنا من العائلات القليلة التي لم تكن تتمتع بالرعاية الاجتماعية. وكنت الطفل ذا البشرة الأكثر سوادًا. في عائلتي، في مكان ما بين التوقعات الثقافية بأن يكون الأطفال مطيعين دون أدنى شك والمبدأ الديني المتمثل في «أكرم أباك وأمك»، تعلمت أنه ليس من المقبول أن أغضب، أو على الأقل أن أُظهر ذلك. لقد تعلمت مبكرًا أن أبقي وجهي متحجرًا وأن أبقي مشاعري مخفية جيدًا. في المقابل، كان هناك الكثير من الغضب في الشوارع، والكثير من العنف في منطقتنا، وعندما تعرضت للهجوم والضرب، أدرت خدي الآخر كما علمتنا كنيستنا أن نفعل، وضحك الناس عليَّ. عشت في حالة من الخوف. أصابني التلعثم واضطرابات في النطق لفترة من الوقت».

«ثم عندما كنت في الثانية عشرة من عمري، سئمت من الصفع والسرقة والضرب من قِبل أطفال أكبر وأكثر صرامة وأكثر حكمة في الشارع. بدأت ممارسة الرياضة والتدرب على الفنون القتالية. شعرت شعورًا جيدًا وأنا أتحمل أكثر الأنظمة صرامة والتزامًا. كان عليَّ أن أجعل نفسي قويًّا جسديًّا، ولكن كانت هناك صلابة عاطفية أيضًا كنت أبحث عنها. كان عليَّ أن أكافح من أجل اجتياز المدرسة، وتحمل العنصرية ووحشية الشرطة -بدأت في قراءة مجلات النمر الأسود التي كان يملكها أخي- وتجنب المخدرات. كنت أصغر من أخي الثاني بتسع سنوات، وكنت أعلم أنه سينتهي بي الأمر بحضور الكثير من الجنازات بدءًا من والديَّ، اللذين كانا كبيرين في السن بالفعل عندما وِلدت. لم أكن أعتقد أن لدي الكثير لأتطلع إليه. كان خوفي ممزوجًا باليأس العميق. كثيرًا ما شعرت بالحزن، على الرغم من أنني حاولت عدم إظهار ذلك. لم يكن هناك صِمام يمكن فتحه قليلًا للتنفيس عن الغضب، لذا مارست التمارين الرياضية، وأخذت حمامات ساخنة للغاية لساعات، وأخذت أنخرط في القراءة للابتعاد عن مشاعري. عندما بلغت السادسة عشرة من عمري، بدأ غضبي يطفو على السطح. اكتسبت سمعة كوني عدوانيًّا ولا يمكن التنبؤ بي، أردت أن يعرف الناس أنهم إذا عبثوا معي، فسوف أقاوم، مهما حدث. أصبح القتال إدمانًا بالنسبة لي. استمتعت بتدفق الأدرينالين الناتج عنه، وجعلني أشعر وكأنني أسيطر على الأمور. وشعرت أيضًا أنه إذا تعلمت كيف أعاني فلا أحد يستطيع أن يؤذيني. كان غضبي وسيلة لإخفاء شعوري بالعجز».

نجا ديري من الألم الجسدي والنفسي في فترة مراهقته وغادر ذلك الحي للالتحاق بجامعة ماساتشوستس، حيث تخصص في الأدب الفرنسي. خلال فترة وجوده في الخارج في باريس، التقى المرأة التي أصبحت الآن زوجته وقرر البقاء لمدة عام إضافي. يتذكر قائلًا: «على الرغم من أنني كنت لا أزال طالبًا، فإنني عشت حياة براقة. كنت أظهر في الحملات الإعلانية وعروض الأزياء، وأتسكع في مشاهد موسيقى الجاز، وأسافر في جميع أنحاء أوروبا. لكنني لم أكن مستعدًّا للعنصرية الصارخة للشرطة الفرنسية». فبعد أن أوقِف وفُتِّش واحتُجِز في نحو اثنتي عشرة عملية تفتيش عشوائية تقوم بها الشرطة في غضون عام واحد، تعرض للضرب العلني والاعتقال بتهمة السلوك غير المنضبط عندما اعترض على حادثة فظيعة بشكل خاص مع شرطة باريس. تحول غضب ديري الخفي إلى أعراض الاكتئاب الحاد. واستمر في أداء وظيفته، ولكن كان هناك «حمل ثقيل عليه» على حد تعبيره.

عاد ديري إلى الولايات المتحدة لإنهاء دراسته وانتقل في عام 1990 إلى نيويورك للعثور على مهنة. انخرط في سلسلة من وظائف العلاقات العامة في الشركات. لكن بعد خمس سنوات، «شعرت أن خياراتي المهنية كانت محدودة للغاية. شعرت أن الكثير من الأشخاص الذين كنت أتعامل معهم أكثر نجاحًا مني؛ وبدا أن الآخرين يتقدمون بسرعة أكبر ولديهم آفاق أفضل. والأهم من ذلك أنني شعرت أن هناك شيئًا مفقودًا بالنسبة لي وتفاقَم اكتئابي».

في عام 1995، أسس ديري شركة بروديتت فيتنس Prudent Fitness، وهي شركته الخاصة للتدريب الرياضي الشخصي، التي حققت نجاحًا كبيرًا. وبإحساسه بالقوة التعويضية للتمارين الرياضية، يخاطب عملاءه الآن، الذين يأتي بعضهم لحضور الحصص التدريبية في مبنى بروكلين براونستون الذي جُدِّد، حيث يعيش مع زوجته وابنته. ويرتكز منهجه على فلسفة شمولية، ولكن يُنفَّذ بانضباط. إن قدرته على تحمل الشدائد تُعَد مصدر إلهام لعملائه. «لقد اخترت التعامل مع الناس على مستوى عميق جدًّا، وأعتقد أن مهارتي الخاصة كمدرب هي أنني أستطيع التعامل مع العميل الأكثر عنادًا ومقاومةً وإيجاد طريقة لتحفيزه. الأمر يتطلب الكثير من التعاطف والحساسية وأسلوبًا مرنًا للتواصل. يسمح لي هذا العمل باستخدام أفضل جوانب نفسي لمساعدة الآخرين، وأشعر بالرضا تجاه ذلك. التقيت مؤخرًا امرأة تعمل اختصاصية اجتماعية وتريد الجمع بين اللياقة البدنية والعمل الاجتماعي لتمكين الناس. أعتقد أنها فكرة رائعة. كما ترى، هذا العمل يدور حول السيطرة على الشيء الذي يمكنك التحكم فيه: جسدك».

يعاني ديري صعوبات العالم الفقير الذي ينتمي إليه والعالم الأكثر ثراءً حيث يعيش. لقد اكتسب رباطة جأشه بشق الأنفس، ويمكنه الحفاظ على كرامته بشكل فعال لأنه يقوِّم نفسه من كثب في عالم مستعد دائمًا للانقضاض عليه. واجه ديري تحديات في إيصال تجربته مع الاكتئاب إلى جميع أفراد عائلته. إنه غير متأكد من أنهم جميعًا سيكونون قادرين على فهم المرض من وجهة نظره، على الرغم من أن والده والعديد من أفراد الأسرة الآخرين قد أظهروا أعراضه. لقد كان من الصعب عليه في بعض الأحيان الحفاظ على سلوك الأخ الأصغر المبتهج. ولحسن الحظ، لعبت إحدى شقيقاته، وهي طبيبة نفسية إكلينيكية حاصلة على درجة الدكتوراه ولها عيادة خاصة في بوسطن، دورًا حاسمًا في مساعدته على إيجاد طريق للمضي قدمًا عندما طلب المساعدة في البداية. تعاطفت زوجته على الفور وكانت داعمًا قويًّا له، ولكن بالنسبة إليها أيضًا كان من الصعب في البداية التوفيق بين ذكورة زوجها وثقته بنفسه وبين ما تعرفه عن الاكتئاب.

منذ علاجه الأول في باريس، كان يخضع للعلاج بالتحدث ويتناول الأدوية المضادة للاكتئاب بشكل متقطع في معظم الأوقات. كان أحدث ما خضع له هو علاج لمدة خمس سنوات مع امرأة «أعطتني نوعًا من الدعم. أدركت مدى الصعوبة التي أواجهها في التعامل مع الغضب. كنت أخشى أن أغضب من أي شخص حتى لا أنفجر وأدمره. الآن أنا خالٍ من هذا الخوف. ومن خلال علاجي، نميت مجموعة كاملة من المهارات الجديدة. أشعر بمزيد من التوازن. أشعر بمزيد من الوعي الذاتي. أتعرف على مشاعري بسهولة بدلًا من مجرد التفاعل معها». في البداية، كان لزواجه السعيد وولادة ابنته تأثير ملطف عليه. «إن ضعف ابنتي هو أحد أقوى الأشياء التي تمتلكها. إنه أقوى أدواتها. لقد غيرتْ منظوري تجاه الضعف والهشاشة». ومع ذلك، يعود الاكتئاب، ويتعين عليه إجراء بعض التعديلات في أدويته. «فجأة، في أحد الأيام،

تحدث بعض الأشياء السيئة وأشعر أنني غارق في الصعوبات. لو لم يكن لدي حب زوجتي وابنتي لمساعدتي في التغلب على هذه التحديات، لكنت قد استسلمت منذ وقت طويل. من خلال العلاج، أتعلم أن أفهم ما الذي يسبب الاكتئاب. ومع الرعاية والدعم المناسبين، بدأت في وضع حدود للمرض بدلًا من السماح له بوضع حدود لي».

يتعرض ديري للعنصرية المستمرة، التي تتفاقم بسبب حجمه المخيف وبنيته القوية، وحتى مظهره الجميل. لقد رأيت مندوبي المبيعات يخجلون منه في المتاجر. لقد كنت معه في زوايا شوارع نيويورك عندما كان يحاول إيقاف سيارة أجرة لمدة خمس عشرة دقيقة ولم يتوقف أحد من أجله؛ وعندما رفعت أنا يدي، توقفت واحدة في عشر ثوان. ألقت الشرطة القبض عليه ذات مرة على بعد ثلاث بنايات من منزله في بروكلين، وقيل له إنه يتطابق مع وصف لمشتبه به في جريمة ما، وقضى ساعات طويلة في زنزانة احتجاز، مقيدًا بالسلاسل إلى عارضة. لم يكن لسلوكه وأوراقه الرسمية أي تأثير على الضباط الذين سجنوه. إن الإهانات العنصرية المستمرة تجعل من الصعب تحمل الاكتئاب. إن الشك الذي يُنظر به إليه في الشوارع وافتراضات الذنب مرهقة. إن التعرض لإساءة الفهم من قِبل الكثير من الناس هو أمر يبعث على العزلة.

عندما يكون ديري في حالة جيدة، فإنه يعتاد هذه الاعتداءات المستمرة على كبريائه ولا يعيرها اهتمامًا كبيرًا نسبيًّا، لكنه قال لي ذات مرة: «الأمر يجعل يومك أكثر صعوبة بكثير. الاكتئاب في حد ذاته لا يميز على أساس اللون أو العرق. أعتقد أنه عندما تشعر بالاكتئاب، فإن عِرقك أو أصلك العرقي لا يهم. عندما أشعر بالإحباط، ألاحظ الأشخاص السعداء من جميع الأجناس والأشكال والأحجام المختلفة من حولي، ولا يسعني إلا أن أشعر وكأنني الوحيد على هذا الكوكب الذي يعاني مثل هذا الاكتئاب العميق. يبدو لي حينها أن لديهم حياة وأنا لا».

«ولكن مرة أخرى، يدخل العِرق في المشهد. تشعر أن العالم يأمل فقط في سحبك للأسفل. أنا رجل أسود ضخم وقوي ولن يضيع أحد وقته في الشعور بالأسف من أجلي. ماذا سيحدث إذا بدأتَ البكاء فجأة في مترو الأنفاق؟ أعتقد أن شخصًا ما قد يسألك إذا كان هناك خطأ ما. أما إذا انفجرت أنا بالبكاء في مترو الأنفاق، فسيفترضون أنني كنت أتعاطى نوعًا رديئًا من المخدرات. عندما يتفاعل معي شخص ما بطريقة لا علاقة لها بمن أنا أو بما أنا عليه حقًّا، يكون ذلك دائمًا كصدمة بالنسبة لي. ذلك التناقض بين تصوري لذاتي وكيف يُنظر إليَّ في العالم؛ التناقض بين رؤيتي الداخلية لنفسي والظروف الخارجية لحياتي، يسبب لي صدمة دومًا. عندما أكون في أسوأ حالاتي، تكون هذه صفعة على وجهي. لقد أمضيت ساعات وأنا أنظر إلى المرآة وأقول: «أنت رجل ذو مظهر لائق؛ أنت رجل ذو مظهر لائق. أنت نظيف؛ أنت مهذب وطيب القلب. لماذا لا يحبك الناس؟ لماذا يحاولون دائمًا ضربك والعبث معك وإهانتك والحط من شأنك؟ لماذا؟ لماذا؟» لم أستطع أن أفهم. لذلك هناك بعض الصعوبات الخارجية التي أواجهها كرجل أسود تختلف عن تلك التي يواجهها بعض الأشخاص الآخرين.

أكره أن أعترف بحقيقة أن العِرق يلعب دورًا بالنسبة لي، ليس في الأعراض بل في الظروف. كما تعلمون، من الصعب أن أكون أنا حتى لو لم أكن رجلًا أسود! عندما أشعر بأنني بخير، يسعدني حقًّا أن أكون نفسي، وكما تعلم، من الصعب أن تكون نفسك أيضًا، حتى وأنت لست رجلًا أسود. لكن مشكلة العِرق تلك موجودة دائمًا، ودائمًا ما تثير غضبي، واستيائي. إنها تهبط بي لأسفل السافلين».

تعرفت إلى ديري من خلال زوجته، وهي صديقة قديمة لي في المدرسة. لقد أصبحنا صديقين لمدة عقد من الزمن تقريبًا، وأصبحنا قريبين للغاية، جزئيًّا بسبب تجربتنا المتبادلة مع الاكتئاب. أنا لا أجيد ممارسة الرياضة بمفردي، وأصبح ديري أيضًا مدربي لبعض الوقت، وهو المنصب الذي يولِّد علاقة حميمة من نواحٍ عديدة كتلك التي عشتها مع طبيبي النفسي. وبالإضافة إلى تنظيم برنامج للتمارين الرياضية، فهو يدعمني ويشجعني على الاستمرار، لأنه يدفعني نحو أقصى حدودي دومًا، فهو يعرف تلك الحدود. إنه يعرف متى يكون من المنطقي أن يدفعني إلى حدودي الجسدية ومتى يكون من الضروري التراجع عن حدودي العاطفية. إنه من أوائل الأشخاص الذين أتصل بهم عندما يبدأ مزاجي في الانحدار؛ جزئيًّا لأنني أعلم أن تكثيف نظام تمريناتي سيكون له تأثير إيجابي على مزاجي، وجزئيًّا لأنه شخص لطيف، وجزئيًّا لأنه يعرف ما أتحدث عنه، وجزئيًّا لأن الاستبطان منحه القدرة على البصيرة الحقيقية. كان عليَّ أن أثق به، وأنا أفعل ذلك. هو الذي جاء إلى منزلي وساعدني على الاستحمام وارتداء ملابسي عندما كنت في أدنى حالاتي. إنه من بين أبطال قصتي الخاصة بالاكتئاب. وهو كريم بشكل حقيقي وصادق. إنه شخص اختار عمله لأنه يعتقد أنه يستطيع أن يجعل الآخرين يشعرون بالسعادة والرضا. لقد حول طاقة الغضب الكامنة فيه إلى انضباط مفيد ومنتج. وهذه صفة نادرة بالفعل في عالم مليء بالأشخاص الذين يشعرون بأنهم مثقلون بعبء معاناة الآخرين.

إن مجموعة التحيزات القومية تجاه الاكتئاب يصعب حصرها. على سبيل المثال، يتجنب العديد من سكان شرق آسيا هذا الموضوع إلى حد الإنكار المطلق. وبهذه الروح، وصف مقال حديث عن الاكتئاب في إحدى المجلات السنغافورية جميع الأدوية[75]، ثم انتهى بالقول بشكل قاطع: «اطلب المساعدة المتخصصة إذا كنت في حاجة إليها، ولكن في هذه الأثناء، ابتهج».

قالت آنا هالبرشتات، وهي طبيبة نفسية مقيمة في نيويورك تعمل حصريًّا مع المهاجرين الروس الذين يشعرون بخيبة الأمل من الولايات المتحدة: «عليك أن تكون قادرًا على سماع ما يقوله هؤلاء الناس في السياق الروسي. إذا جاء شخص روسي من أصل سوفيتي إلى مكتبي ولم يشتكِ من أي شيء، فسوف أُدخله إلى المستشفى. إذا اشتكى من كل شيء، أعلم أنه بخير. فقط إذا ظهرت عليه علامات جنون الارتياب الشديد أو الألم المبرح، فإنني أعتقد أنه قد يكون مصابًا بالاكتئاب. الأمر متعلق بمعيارنا الثقافي. إن الجواب الروسي المعتاد عن سؤال «كيف حالك؟» هو «ليس بخير». وهذا جزء مما يربكهم بشأن الولايات المتحدة، فالعبارة التي نقولها

هنا تبدو سخيفة بالنسبة إليهم حقًّا: «بخير، شكرًا، وكيف حالك؟» وبصراحة، بالنسبة لي أيضًا، فحتى الآن، عندما أسمع الناس يقولون هذا أستغرب. «بخير، شكرًا لك». من هو الذي بخير؟».

في بولندا، كانت فترة السبعينيات فترة محدودة المتع والحريات. وفي عام 1980، بدأت حركة التضامن الأولى تحرز تقدمًا، وتلى ذلك الأمل والحيوية. كان من الممكن التحدث بجرأة. بدأ الناس الذين ظلوا لفترة طويلة مثقلين بأعباء نظام حكم غريب يشعرون بمتعة التعبير الفردي، ووُلِدت وسائل الإعلام التي تعكس هذه الثقافة الجديدة. لكن في عام 1981، فُرِضت الأحكام العرفية في بولندا، ونُفِّذ عدد كبير من الاعتقالات؛ وقضى معظم النشطاء أحكامًا بالسجن لمدة ستة أشهر تقريبًا. تتذكر أجاتا بيليك روبسون، التي كانت في ذلك الوقت تخرج مع أحد الناشطين البارزين وهي نفسها فيلسوفة سياسية تحظى بتقدير كبير: «كان الجميع يقبل السجن والاعتقال. ما لم يستطيعوا تحمله هو فقدان الأمل». إن المجال العام الذي عبَّروا فيه عن أنفسهم لم يعد له وجود. «كان ذلك بداية نوع من الكساد السياسي، كان ذلك هو الوقت الذي فقد فيه هؤلاء الرجال إيمانهم بالتواصل بجميع أنواعه؛ فإذا لم يتمكنوا من قول أي شيء في سياق عام، فلن يقولوا أي شيء في سياق خاص أيضًا». الرجال أنفسهم الذين كانوا ينظمون المسيرات ويكتبون البيانات خسروا الآن وظائفهم أو تخلوا عنها وجلسوا في المنزل، يشاهدون التلفاز لساعات متواصلة ويشربون الكحول. لقد أصبحوا «كئيبين، منعزلين، غير متواصلين، ومنغلقين». ولم يكن واقعهم مختلفًا كثيرًا عن واقعهم قبل خمس سنوات، فيما عدا أنه كان على خلفية أحداث عام 1980، وبالتالي فإن ما كان ذات يوم واقعًا مقبولًا جاء يحمل رائحة الهزيمة.

تتذكر بيليك روبسون قائلة: «في ذلك الوقت، كان المجال الوحيد الذي كان هناك أي احتمال للنجاح فيه هو المجال المنزلي». انسحبت النساء اللاتي شاركن في حركة التضامن، اللاتي ترك الكثير منهن الحياة المنزلية من أجل أن يكن ناشطات، إلى الأدوار النسائية التقليدية ورعين رجالهن المرضى واليائسين خلال الصعوبات. «وبهذه الطريقة وجدنا إحساسًا بالهدف وكان لدينا أجندة خاصة بنا. لقد حصلنا على هذا الرضا من دورنا، الذي تبين أنه ضروري للغاية! بينما كانت أوائل الثمانينيات فترة كانت فيها النساء أقل اكتئابًا من أي وقت آخر في التاريخ البولندي الحديث، كان الرجال أكثر اكتئابًا من أي وقت آخر».

* * *

ومن بين المجموعات الأكثر عرضة للمعاناة من الاكتئاب[76]، يحتل المثليون مرتبة عالية بشكل مثير للصدمة. في دراسة حديثة، نظر الباحثون إلى توائم في منتصف العمر، كان أحدهما مثليًّا والآخر مغايرًا.[77] ومن بين الأشخاص المغايرين، حاول نحو 4% الانتحار. ومن بين المثليين، حاول 15% منهم الانتحار. وفي دراسة أخرى، أُجريت على عينة عشوائية من

السكان تضم ما يقرب من أربعة آلاف رجل تتراوح أعمارهم بين سبعة عشر وتسعة وثلاثين عامًا، بينما حاول 3.5% من المغايرين جنسيًّا الانتحار، حاول ما يقرب من 20% من أولئك الذين لديهم شركاء مثليون الانتحار.[78] وفي دراسة عشوائية أخرى أُجريت على نحو عشرة آلاف رجل وامرأة، تبين أن أولئك الذين مارسوا الجنس مع أفراد من جنسهم نفسه خلال العام السابق كان لديهم معدل مرتفع بشكل ملحوظ من الاكتئاب واضطرابات الهلع. وأظهرت دراسة مطولة استمرت 21 عامًا أُجريت في نيوزيلندا على نحو 1200 شخص من المثليين أو المثليات أو ثنائيي الجنس أنهم كانوا أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب الشديد واضطراب القلق العام واضطراب السلوك والاعتماد على النيكوتين والتفكير في الانتحار.[79] وأظهرت دراسة هولندية أُجريت على ستة آلاف شخص أن الرجال والنساء المثليين جنسيًّا من المرجح أن يكون لديهم معدلات أعلى بكثير من الاكتئاب الشديد مقارنة بالمغايرين جنسيًّا.[80] وأشارت دراسة أُجريت على أربعين ألف شاب في مينيسوتا إلى أن الذكور المثليين كانوا أكثر عرضة للتفكير في الانتحار بسبعة أضعاف من نظرائهم.[81] وأظهرت دراسة أخرى أُجريت على نحو 3500 طالب أن الذكور المثليين جنسيًّا كانوا أكثر عرضة بمقدار سبعة أضعاف للقيام بمحاولة انتحار مقارنة بالذكور المغايرين جنسيًّا.[82] وأظهرت دراسة أخرى أنه في عينة مكونة من نحو ألف وخمسمائة طالب، كان الأشخاص المثليون (من كلا الجنسين) أكثر عرضة بأربع مرات أو أكثر للقيام بمحاولات انتحار مقارنة بالطلاب المغايرين.[83] ووجدت إحدى الدراسات التي أُجريت في سان دييجو، أن 10% من حالات الانتحار بين الذكور يرتكبها رجال مثليون.[84] يتضح من ذلك أنك إذا كان الشخص مثليًّا، فإن فرص إصابته بالاكتئاب تزداد بشكل رهيب.

لقد اقتُرِحت العديد من التفسيرات لهذا الأمر، بعضها أكثر معقولية من غيرها. جادل عددٌ قليل من العلماء بوجود صلة وراثية بين المثلية الجنسية والاكتئاب (وهو اقتراح لا أجده مزعجًا فحسب، بل لا يمكن الدفاع عنه أيضًا). واقترح آخرون أن هؤلاء الأشخاص الذين يتوقعون أن تمنع حياتهم الجنسية إنجاب أطفال قد يواجهون الموت في وقت أبكر من معظم الأشخاص المغايرين. تم تداول عدد من النظريات الأخرى، لكن التفسير الأكثر وضوحًا لارتفاع معدلات اكتئاب المثليين هو رهاب المثلية. فالأشخاص المثليون هم أكثر عرضة للرفض والنبذ من قِبل عائلاتهم مقارنة بالمغايرين جنسيًّا. وهم أكثر عرضة لمشكلات التكيف الاجتماعي. وبسبب هذه المشكلات، فإنهم أكثر عرضة للتسرب من المدرسة. ولديهم نسبة أعلى من الأمراض المنقولة جنسيًّا. وهم أقل احتمالًا لأن يكونوا في علاقات مستقرة في حياتهم البالغة. وهم أقل احتمالًا لأن يكون لديهم مقدمو رعاية ملتزمون في وقت لاحق من حياتهم. وهم أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في المقام الأول؛ وحتى أولئك الذين لا يعانون الاكتئاب، يصبحون أكثر عرضة لممارسة الجنس غير الآمن والإصابة بالفيروس، وهو ما يؤدي بدوره إلى تفاقم الاكتئاب. والأهم من ذلك كله، أنهم على الأرجح عاشوا حياتهم في

الخفاء، وعانوا عزلة شديدة نتيجة لذلك. في أوائل عام 2001، سافرت إلى أوترخت للقاء ثيو ساندفورت، الذي قام بعمل رائد في مجال اكتئاب المثليين. مما لا يثير الدهشة، أن ساندفورت وجد أن معدل الاكتئاب أعلى لدى الأشخاص المنغلقين مقارنة بالأشخاص غير المنغلقين، وأعلى لدى الأشخاص غير المنغلقين مقارنة بأولئك الذين لديهم علاقات مستقرة طويلة الأمد. أود أن أقول إن كونك غير منعزل ومرتبطًا عاطفيًّا هما العاملان اللذان يخففان من الشعور بالوحدة الرهيبة التي يعانيها الكثير من المثليين. بشكل عام، وجد ساندفورت أن مستوى الصعوبة التي يواجهها المثليون في حياتهم اليومية مرتفع للغاية بالعديد من الطرق الدقيقة والخفية التي تمر أحيانًا دون أن يلاحظها حتى الأشخاص الذين يتأثرون بها؛ على سبيل المثال، من غير المرجح أن يشارك المثليون معلومات حول حياتهم الشخصية مع الآخرين في مكان عملهم حتى لو كان هؤلاء الزملاء مقربين. قال ساندفورت: «وهذا في هولندا، حيث نحن أكثر انفتاحًا على المثلية الجنسية من أي مكان آخر في العالم تقريبًا. نشعر أن هناك قبولًا كبيرًا للمثلية الجنسية، لكن العالم لا يزال مغايرًا جنسيًّا، والتوتر الناتج عن كونك مثليًّا في عالم مغاير هو أمر كبير. الآن، هناك الكثير من المثليين الذين يعيشون حياة طيبة. في الواقع، هناك أشخاص، من خلال التعامل بنجاح مع تعقيدات كونهم مثليين، بنوا قوة نفسية مذهلة حقًّا، أعظم بكثير من نظرائهم المغايرين. لكن نطاق الحالات النفسية أوسع في مجتمع المثليين منه في أي مجتمع آخر، بدءًا من هذه القوة العظيمة وحتى العجز الرهيب». يعرف ساندفورت ما يتحدث عنه. لقد واجه وقتًا عصيبًا للغاية في انتشال نفسه من ذلك، حيث عانى اتهامات من والديه. وعندما بلغ العشرين أُصيب بالاكتئاب والوهن. أمضى سبعة أشهر في مستشفى للأمراض النفسية، وهو ما غيَّر مواقف والديه، وقاده إلى علاقة حميمة جديدة معهم، ودشَّن عهدًا جديدًا من الصحة النفسية التي تمتع بها منذ ذلك الحين. يقول: «بعد أن تعرضت للانهيار وأعدت بناء نفسي، اكتسبت فهمًا لطبيعتي».

في حين أن الباحثين مثل ساندفورت قد أجروا دراسات واسعة النطاق ومنظمة بشكل جيد لجمع البيانات الإحصائية واستخلاص العلاقات، إلا أنه لم يكن هناك سوى القليل نسبيًّا من استكشاف المعنى الكامن وراء هذه الإحصاءات. في ورقتين بحثيتين رائعتين، هما «رهاب المثلية ورد الفعل العلاجي السلبي» و«رهاب المثلية واحترام الذات القائم على الجندر في التحليل النفسي للمرضى المثليين»، كتب ريتشارد سي. فريدمان وجنيفر داوني بشكل مؤثر عن أصول وآليات رهاب المثلية الذي ينشأ لدى الأفراد المثليين أنفسهم. وفي قلب حججهم توجد فكرة الصدمة المبكرة المرتبطة بشكل وثيق بوجهة النظر الفرويدية الكلاسيكية التي تقول إن التجارب الأولية تُشكلنا مدى الحياة. ومع ذلك، لا يشدد فريدمان وداوني على الطفولة المبكرة، بل على الطفولة المتأخرة، التي يعتبرانها نقطة الأصل لدمج المواقف المعادية للمثليين. تشير دراسة حديثة حول التنشئة الاجتماعية بين الرجال المثليين إلى أن الأطفال الذين سيصبحون بالغين مثليين جنسيًّا عادة ما يُرتَّبون في سياقات مغايرة للجنس ومعادية

للمثليين، وفي سن مبكرة يبدؤون في استيعاب النظرة السلبية للمثلية الجنسية التي يعبر عنها أقرانهم أو آباؤهم.[85] كتب فريدمان وداوني: «في هذه الحالة، فإن مسار نمو المريض هو المسار الذي كانت فيه الطفولة المبكرة مليئة بكراهية الذات، التي كُثِّفت في روايات معادية للمثليين واجهها خلال مرحلة الطفولة اللاحقة». غالبًا ما ينشأ رهاب المثلية من سوء المعاملة والإهمال في مرحلة الطفولة المبكرة. كتب فريدمان وداوني: «قبل أن ينشطوا جنسيًّا مع الآخرين، يُطلق على العديد من الأطفال الذين سيصبحون رجالًا مثليين لقب «المخنثين» أو «الشاذين». ويتعرضون للمضايقة، والتهديد بالعنف الجسدي، والنبذ، بل وحتى الاعتداء عليهم من قبَل الأولاد الآخرين». في الواقع، وجدت دراسة أجريت عام 1998 أن التوجه المثلي كان مرتبطًا إحصائيًّا بسرقة ممتلكات الفرد أو إتلافها عمدًا في المدرسة.[86] «قد تؤدي هذه التجارب المؤلمة إلى الشعور بالقصور الذكوري. قد تكون عزلة المثليين عن أقرانهم الذكور نتيجة للنبذ أو التجنب القلق أو كليهما. يمكن لهذه التجارب المؤلمة أن تولِّد «كراهية عنيدة للذات» مستعصية على الحل. لقد أذهلتني دائمًا معدلات الانتحار المرتفعة للغاية بين اليهود في برلين في سن المراهقة والعشرينات[87]، وهو ما يشير إلى أن الأشخاص الذين يواجهون التحيز من المرجح أن يُشككوا ـي أنفسهم، ويقللوا من قيمة حياتهم، وفي نهاية المطاف يُصابون باليأس في مواجهة الكراهية. ولكن هناك أملًا. يقول فريدمان وداوني «نعتقد أن العديد من الرجال والنساء المثليين يتجاوزون أحداث طفولتهم، والاندماج في ثقافة المثليين الفرعية له دور فعال في تسهيل هذا المسار السـ.. غالبًا ما يكون للعلاقات الداعمة تأثير علاجي على الناجين من الصدمات، مما يعزز الشعور بالأمان واحترام الذات ودعم الشعور بالهوية».

على الرغم من الآثار الإيجابية والعلاجية لمجتمع المثليين، فإن المشكلات العميقة لا تزال قائمة. الجانب الأكثر إثارة للاهتمام في بحث فريدمان وداوني يتعمق في المرضى الذين يظهرون «سلوكًا خارجيًّا مشابهًا لأولئك الذين يبدو أنهم تغلبوا على أسوأ عواقب الصدمة» ولكنهم في الواقع معرضون للخطر الشديد بسبب كراهية الذات الدائمة. في كثير من الأحيان، يُعبِّر هؤلاء الأشخاص عن تحيز ضد أولئك الذين تبدو لهم مثليتهم الجنسية علنية أو متباهية، مثل الرجال المخنثين أو اللافتين للأنظار. إنهم يوجهون الازدراء الذي يشعرون به بسبب افتقارهم الملحوظ إلى الذكورة تجاه هؤلاء الأفراد. قد يعتقد هؤلاء المرضى، بوعي أو بغير وعي، أنهم لا يُقدَّرون بشكل حقيقي في جوانب من حياتهم لا علاقة لها تمامًا بتوجههم الجنسي، كما هو الحال في بيئاتهم المهنية. ينبع هذا الاعتقاد من فكرة أن أولئك الذين يعتبرونهم مثليين ينظرون إليهم على أنهم أقل شأنًا. يقول فريدمان وداوني: «إن النظرة السلبية للذات باعتبارها تفتقر للذكورة الكافية تكون بمنزلة سردية مترسخة في اللاوعي». هذه السردية هي «جزء من قصة داخلية معقدة موضوعها الأساسي هو «أنا رجل غير جدير وغير مناسب وأفتقر للذكورة». وقد يعزو الأشخاص المصابون بهذه المواقف كل مشكلات حياتهم إلى توجههم

الجنسي. «قد يُعزى التقييم الذاتي السلبي إلى الرغبات الجنسية المثلية؛ وبالتالي، على الرغم من أن الأمر قد يكون متجذرًا في ظواهر مختلفة تمامًا، فإن المريض قد يعتقد بوعي أنه يكره نفسه لأنه مثلي الجنس».

لقد اعتقدت دائمًا أن لغة الفخر بالمثلية كان لها حضور مهيمن داخل مجتمع المثليين، على الرغم من أنها تتناقض بشكل صارخ مع تجارب العديد من الأفراد المثليين. إن شعور المثليين بالخزي شائع ومنتشر، يقول فريدمان وداوني: «الشعور بالذنب والخجل من كونك مثليًّا يؤدي إلى كراهية الذات وإلى سلوك مدمر للذات». عدد قليل جدًّا من الأشخاص، وبخاصة خلال سنوات تكوينهم من الوعي الجنسي، سيختارون عن طيب خاطر أن يكونوا مثليين، والعديد من الأفراد المثليين تراودهم خيالات التحول لبعض الوقت. تتفاقم هذه المشاعر بسبب الموقف السائد لحركة فخر المثليين، التي تعتبر خزي المثليين مُخزيًا. إذا كنت مثليًّا وتشعر بالسوء حيال ذلك، فسوف يسخر منك أصحاب الفخر المثلي بسبب شعورك بالخزي؛ وسوف يهاجمك كارهو المثلية الجنسية لكونك مثليًّا؛ ما يتركك في حالة من الاضطراب العاطفي الحقيقي. سوف يكتشف المرضى المثليون في كثير من الأحيان بعد العلاج المكثف والممتد معتقدات عميقة مثل، «والدي (أو والدتي) كان يكرهني دائمًا لأنني كنت مثليًّا». ومن المؤسف أنهم قد يكونون على حق. سألت دراسة أجرتها مجلة نيويوركر مجموعة واسعة من الناس: «ما الذي تفضله لابنك أو ابنتك؟ أن يكون مغايرًا جنسيًّا، وليس لديه أطفال، وغير متزوج، أو متزوج لكن غير سعيد إلى حد ما؛ أو أن يكون مثليًّا، ويعيش علاقة مستقرة وسعيدة، ولديه أطفال؟» اختار أكثر من ثلث المشاركين «أن يكون مغايرًا جنسيًّا، وليس لديه أطفال، وغير متزوج، أو متزوج لكن غير سعيد إلى حد ما».[88] والواقع أن العديد من الآباء ينظرون إلى المثلية الجنسية باعتبارها عقابًا لهم على تجاوزاتهم؛ أي أن الأمر لا يتعلق بهوية أطفالهم، بل يتعلق بهويتهم الخاصة.

لدراسة مسألة الاختلاف الثقافي في تعريف الاكتئاب بشكل أكبر، نظرت إلى حياة شعوب الإنويت (الإسكيمو) في جرينلاند[89]؛ ويرجع ذلك جزئيًّا إلى أن الاكتئاب مرتفع في تلك الثقافة، وجزئيًّا لأن مواقف تلك الثقافة تجاه الاكتئاب مميزة بشكل خاص. يؤثر الاكتئاب على ما يصل إلى 80% من السكان هناك. كيف يمكن للمرء تنظيم مجتمع يلعب فيه الاكتئاب مثل هذا الدور المركزي؟ وباعتبارها تابعة للدنمارك، تعمل جرينلاند حاليًّا على دمج أساليب المجتمع القديم مع أساليب وحقائق العالم الحديث، وغالبًا ما تعاني المجتمعات الانتقالية -المجتمعات القبلية الإفريقية التي تُدمَج في دول أكبر، والثقافات البدوية التي تتحضر، ومزارعو الكفاف الذين يُدمَجون في التطورات الزراعية واسعة النطاق- من مستويات عالية من الاكتئاب. ومع ذلك، حتى في السياق التقليدي، كان الاكتئاب دائمًا مرتفعًا بين الإنويت، وكان معدل الانتحار مرتفعًا أيضًا؛ ففي بعض المناطق، ينتحر نحو 0.35% من السكان سنويًّا.[90] قد يقول البعض إن هذه هي طريقة الله في إخبار الناس بأنه لا ينبغي لهم العيش في مثل هذا المكان المحظور،

ومع ذلك لم تتخل شعوب الإنويت عن حياتهم المغطاة بالجليد. لقد تكيفوا لتحمل صعوبات الحياة فوق الدائرة القطبية الشمالية. لقد افترضت قبل أن أذهب أن المشكلة في جرينلاند هي في المقام الأول الاضطرابات الموسمية العاطفية والاكتئاب الناتج عن فترة الأشهر الثلاثة التي لا تشرق فيها الشمس أبدًا. كنت أتوقع أن تسوء حالة الجميع في أواخر الخريف ويبدؤون في التحسن في فبراير. لكن اتضح أن هذه ليست هي المشكلة. فشهر الانتحار الرئيسي في جرينلاند هو شهر مايو، وعلى الرغم من أن الأجانب الذين ينتقلون إلى الجزء الشمالي من جرينلاند يصابون بالاكتئاب الشديد خلال فترات الظلام الطويلة، فقد تكيف الإنويت على مر السنين مع التحولات الموسمية في الضوء وأصبحوا عمومًا قادرين على الحفاظ على مزاج جيد خلال موسم الظلام. الجميع يحب فصل الربيع، والبعض يجد الظلام كئيبًا؛ لكن الاضطرابات العاطفية الموسمية ليست في الحقيقة المشكلة المركزية لشعب جرينلاند. كتب الكاتب أ. ألفاريز: «كلما أصبحت الطبيعة أكثر ثراءً ونعومة وأكثر متعة، كلما بدا الشتاء الداخلي أعمق، واتسعت الهاوية التي تفصل العالم الداخلي عن العالم الخارجي».[91] وفي جرينلاند، حيث يكون التحول في فصل الربيع دراماتيكيًّا بأكثر بكثير مما يكون عليه الحال في منطقة أكثر اعتدالًا، فإن تلك الأشهر تكون الأكثر قسوة.

الحياة صعبة في جرينلاند، لذا فقد أنشأت الحكومة الدنماركية برامج رائعة لخدمات الدعم الاجتماعي، كما وفرت الرعاية الصحية الشاملة المجانية، والتعليم، بل وحتى إعانات البطالة. المستشفيات نظيفة، والسجن في العاصمة يبدو أشبه بمكان للمبيت والإفطار أكثر من كونه مؤسسة عقابية. لكن المناخ وقوى الطبيعة في جرينلاند قاسية بشكل هائل. قال أحد أفراد شعب الإنويت الذي التقيته، وهو رجل سافر إلى أوروبا: «لم نخلق قط فنًّا عظيمًا أو نبنِ مباني عظيمة، كما فعلت الحضارات الأخرى. ولكن نجونا هنا لآلاف السنين». جعلني ذلك أدرك أن هذا قد يكون هو الإنجاز الأكبر هنا. يصطاد الصيادون وصيادو الأسماك ما يكفي لإطعام أنفسهم وكلابهم، ويبيعون جلود الفقمات التي يأكلونها لدفع نفقات حياتهم البسيطة وإصلاح الزلاجات والقوارب. الأشخاص الذين يعيشون بالقرب من الطرق القديمة في المستوطنات أو القرى هم في الغالب طيبو القلب؛ ورواة القصص، وبخاصة فيما يتعلق بمغامرات الصيد والهروب الوشيك من الموت؛ إنهم أناسٌ متسامحون. لديهم حس دعابة رائع ويضحكون كثيرًا. لكن بسبب المناخ الذي يعيشون فيه، فإنهم يتعرضون لنسبة عالية من الصدمات: التجمد، والجوع، والإصابات، والخسارة. قبل أربعين عامًا، كان هؤلاء الناس لا يزالون يعيشون في الأكواخ الثلجية؛ والآن أصبحت لديهم منازل جاهزة على الطراز الدنماركي مكونة من غرفتين أو ثلاث غرف. تغيب الشمس تمامًا لمدة ثلاثة أشهر كل عام. خلال هذه الفترة من الظلام، يجب على الصيادين الذين يرتدون سراويل من فراء الدب القطبي ومعاطف من جلد الفقمة أن يركضوا بجانب زلاجات كلابهم لمنع قضمة الصقيع.

عائلات الإنويت كبيرة. تبقى عائلات مكونة من اثني عشر شخصًا داخل منزلها لعدة أشهر متواصلة، وعادةً ما تتجمع في غرفة واحدة. الجو بارد جدًّا ومظلم جدًّا بحيث لا يستطيع أي شخص الخروج باستثناء الأب، الذي يذهب لصيد الحيوانات أو صيد الأسماك من الجليد مرة أو مرتين في الشهر لتكملة مخزون الأسماك المجففة من الصيف. لا توجد أشجار في جرينلاند، لذلك لا تشتعل النيران في الداخل؛ في المعتاد كان لا يوجد في الواقع سوى مصباح صغير يعتمد على حرق دهون الفقمة داخل كوخ الإسكيمو، حيث، على حد تعبير أحد سكان جرينلاند الذين التقيتهم: «نجلس جميعًا معًا لعدة أشهر متتالية نشاهد الجدران تذوب». بالنظر إلى القُرب الاضطراري بين الأشخاص في هذه الظروف، لا مكان للشكوى أو الحديث عن المشكلات أو الغضب والاتهامات. لدى الإنويت ببساطة تحريم ثقافي للشكوى. فإما يكونون صامتين ومتأملين، وإما رواة قصص مهووسين بالضحك، أو يتحدثون عن الظروف في الخارج والصيد، لكنهم تقريبًا لا يتحدثون عن أنفسهم أبدًا. إن الاكتئاب، مع ما يصاحب ذلك من الهستيريا وجنون الارتياب، هو الثمن المدفوع مقابل الحياة الجماعية المكثفة التي يعيشها الإنويت.

السمات المميزة للاكتئاب الجرينلاندي ليست نتائج مباشرة لدرجة الحرارة والضوء؛ إنها نتيجة تحريم الحديث عن نفسك. يتطلب التقارب الجسدي الشديد لأفراد هذا المجتمع ضبط النفس العاطفي. إنه ليس قسوة، ليس برودًا؛ إنه ببساطة أسلوب مختلف. بول بيسجارد، وهو رجل لطيف وضخم يمتلك ابتسامة فضولية مميزة، هو أول مواطن من جرينلاند يصبح طبيبًا نفسيًّا. يقول: «بالطبع إذا كان شخص ما يعاني الاكتئاب داخل الأسرة، فيمكننا رؤية الأعراض. لكننا في المعتاد لا نتدخل. سيكون من الإهانة لكبرياء شخص ما أن تقول له إنك تعتقد أنه يبدو مكتئبًا. يعتقد الشخص المكتئب أنه لا قيمة له، ويعتقد أنه إذا كان بلا قيمة، فلا داعي لإزعاج أي شخص آخر بشأن حالته. ومن حوله لا يتطفلون ويسألونه». تقول كيرستن بيلمان، عالمة النفس الدنماركية التي عاشت في جرينلاند لأكثر من عقد من الزمان: «ليس هناك أي قواعد تتضمن التطفل على أي شخص آخر. لا أحد يقول لأي شخص آخر أن يُحسن من تصرفاته. أنت ببساطة تتسامح مع ما يقدمه الناس وتسمح لهم بالتسامح مع أنفسهم وإدارة سلوكياتهم ومشاعرهم بأنفسهم».

سافرت إلى جرينلاند خلال موسم النهار المستمر، الذي يحدث في شهر يونيو عندما تظل الشمس عالية فوق رأسي طوال الليل. أخذنا زورقًا آليًّا صغيرًا خاصًّا بالصيادين من بلدة إيلوليسات التي يسكنها خمسة آلاف شخص، حيث هبطت بطائرة صغيرة، باتجاه الجنوب نحو إحدى المستوطنات التي اخترتها بالتشاور مع رئيس الصحة العامة في جرينلاند. يُطلق على المستوطنة اسم إليميناك، وهي تجمُّع لصيادي الحيوانات والأسماك ويبلغ إجمالي عدد السكان البالغين نحو خمسة وثمانين نسمة. لا توجد طرق تؤدي إلى إليميناك، ولا توجد طرق في إليميناك. في الشتاء، يسافر القرويون عبر التضاريس المتجمدة بواسطة الزلاجات التي

تجرها الكلاب؛ وفي الصيف، لا يمكن الوصول إلا عن طريق القوارب. في الربيع والخريف، يبقى الناس في منازلهم. في الوقت الذي ذهبت فيه من العام، كانت الجبال الجليدية الرائعة، التي بعضها بحجم المباني السكنية، تطفو على طول الساحل، وتتجمع بالقرب من مضيق كانجرلوسواك الجليدي. عبرنا مصب المضيق البحري، وتنقلنا بين الأشكال الناعمة والمستطيلة للجليد الأقدم، وأجزاء من الأنهار الجليدية المتكسرة، التي كانت مموجة بفعل الزمن وذات لون أزرق غريب؛ كان قاربنا المتواضع في مواجهة جلال وبهاء مذهلين. ومع تقدمنا، دفعنا جانبًا الجبال الجليدية الأصغر حجمًا، التي كان بعضها بحجم الثلاجات؛ وكان البعض الآخر مثل أطباق العشاء العائمة، وكانت تملأ المياه بحيث إذا نظرت إلى الأفق البعيد، فسوف تظن أننا نبحر عبر صفائح الجليد غير المتقطعة. كان الضوء ساطعًا للغاية لدرجة أنه لم يكن هناك عمق في مجال الرؤية، ولم أتمكن من تحديد ما هو قريب وما هو بعيد. بقينا بالقرب من الشاطئ، لكنني لم أتمكن من التمييز بين الأرض والبحر، وفي معظم الأوقات كنا نسير في الوديان بين جبال الجليد. كان الماء باردًا للغاية، لدرجة أنه عندما انكسرت قطعة من الجليد من جبل جليدي وسقطت، انبعج الماء كما لو كان كاسترد، واستعاد قوامه بعد ثوانٍ قليلة من انقسامه. من وقت لآخر، كنا نرى أو نسمع فقمة تسقط في المياه المتجمدة. بخلاف ذلك، كنا وحدنا مع الضوء والجليد.

بُنيت مستوطنة إليميناك حول ميناء طبيعي صغير. يوجد نحو ثلاثين منزلًا ومدرسة وكنيسة صغيرة ومتجر يُمَد بالبضائع مرة واحدة تقريبًا في الأسبوع. يضم كل منزل فريقًا من الكلاب، الذين يفوق عددهم بكثير عدد سكان المكان من البشر. طُليت المنازل بالألوان الزاهية والواضحة التي يعشقها السكان المحليون -الأزرق الفاتح، والأصفر الحوذاني، والوردي الباهت- لكنها بالكاد تترك انطباعًا على الصخور الضخمة التي ترتفع خلفها، أو على البحر الأبيض الذي يمتد أمامها. من الصعب أن نتصور مكانًا أكثر عزلة من إليميناك. ومع ذلك، يوجد بالقرية خط هاتف، وتدفع الحكومة الدنماركية تكاليف طائرات الهليكوبتر لنقل السكان المحليين جوًّا في حال حدوث أزمة طبية إذا سمح الطقس بالهبوط. لا يوجد لدى أحد مياه جارية أو مراحيض تعمل بتدفق المياه، ولكن يوجد مولد كهربائي، وبالتالي فإن بعض المنازل، والمدرسة، بها كهرباء، والعديد من المنازل بها أجهزة تلفزيون. يتمتع كل منزل بإطلالة جميلة. في منتصف الليل، عندما تكون الشمس مرتفعة والسكان نياما، كنت أسير بين البيوت الصامتة والكلاب النائمة وكأنني في حلم.

نُشر إشعار على باب المتجر قبل أسبوع من مجيئي، يطلب متطوعين مستعدين لمناقشة حالاتهم المزاجية معي. وافقت مترجمتي، وهي امرأة من الإنويت مفعمة بالحيوية ومتعلمة وناشطة، تحظى بثقة سكان إليميناك، على الرغم من تحفظاتها الأولية، بشأن إقناع السكان المحليين المتحفظين بالحديث عن مشاعرهم. في اليوم التالي لوصولنا، جاءنا متطوعون وتحدثوا، وإن كان بتردد وعلى استحياء إلى حد ما. لقد كانت لديهم بالفعل قصص لمشاركتها.

وقد اتخذوا قرارًا بمشاركتها معي. كان من الأسهل عليهم مناقشة هذه الأمور مع أجنبي. اقترحوا عليَّ أن أتحدث مع النساء الحكيمات الثلاث اللواتي بادرن بفكرة مناقشة العواطف. من خلال تجربتي، فإن الإنويت شعب طيب ورحيم، وكانوا حريصين على المساعدة، حتى لو كان ذلك يعني الانخراط في محادثات كانت مختلفة بعض الشيء عن طريقتهم المعتادة في التواصل. وبفضل التوصيات التي قُدِّمت لي سابقًا، والصياد الذي أحضرني على متن قاربه، ومترجمتي، رحبوا بي في مجتمعهم المترابط مع تقديم المجاملات المعتادة المخصصة للضيوف.

كانت نصيحة الطبيب الدنماركي المسؤول عن المنطقة التي تضم إليميناك هي: «لا تطرح أي أسئلة مفتوحة. إذا سألتهم عن شعورهم، فلن يتمكنوا من إخبارك بأي شيء». ومع ذلك، عرف القرويون ما أردت أن أعرفه. كانت إجاباتهم عادة لا تزيد على بضع كلمات، وكان من الضروري أن تكون الأسئلة محددة للغاية، ولكن حتى لو لم يكونوا قادرين على التعبير عن مشاعرهم لغويًّا، فإنها كانت حاضرة لديهم بشكل واضح من الناحية المفاهيمية. الصدمة النفسية هي جزء أساسي من حياة شعب جرينلاند. وكان القلق بعد الصدمة شائعًا؛ وكذلك الانغماس في المشاعر المظلمة والشك بالنفس. أخبرني الصيادون القدامى قصصًا عن غرق زلاجاتهم (سيحاول فريق من الكلاب المدربة جيدًا سحبك إلى الخارج، إذا لم ينكسر الجليد أكثر، وإذا لم تغرق، أو ينكسر الزمام) والاضطرار إلى قطع أميال في درجات حرارة تحت الصفر بملابس مبللة؛ تحدثوا عن الصيد عندما كان الجليد يتحرك وكان صوت الرعد يجعل من المستحيل على رجل أن يسمع رجلًا آخر، وتشعر بنفسك وكأنك قطعة من النهر الجليدي تغير موضعها، ولا تعرف ما إذا كانت ستنقلب قريبًا وتُغرقك في البحر. وتحدثوا عن كيف كان الصمود، بعد هذه التجارب، أمرًا صعبًا، وبخاصة عند محاولة تأمين قوت اليوم التالي من الجليد في وسط الظلام.

ذهبنا لرؤية النساء الثلاث الكبار. لقد عانت كل واحدة منهن بشكل رهيب. كانت أماليا جويلسون، القابلة، أقرب ما يكون إلى الطبيب في المدينة. لقد أنجبت طفلًا ميتًا منذ عدة أعوام؛ وفي العام التالي أنجبت طفلًا مات في الليلة التالية لولادته. واتهمها زوجها، الذي أصابه الحزن، بقتل الطفل. لم تكن هي نفسها تتحمل في ذلك الوقت معرفة أنها تستطيع مساعدة جيرانها في الولادة ولكن لم تستطع مساعدة نفسها. أما كارين جوهانسن، وهي زوجة أحد الصيادين، فقد غادرت بلدتها الأصلية لتأتي إلى إليميناك. بعد ذلك بوقت قصير، وفي تسلسل سريع، ماتت والدتها وجدها وأختها الكبرى، كل منهم بشكل مستقل. ثم حملت زوجة أخيها بتوءم. ووُلد التوءم الأول ميتًا في عمر خمسة أشهر. أما الثاني فقد ولِد بصحة جيدة لكنه توفي بسبب متلازمة موت الرضيع المفاجئ في عمر ثلاثة أشهر. ولم يبق لشقيقها سوى طفلة واحدة تبلغ من العمر ست سنوات، وعندما غرقت شنق نفسه. وكانت أميليا لانج خادمة في الكنيسة. تزوجت بصياد طويل القامة، وأنجبت له ثمانية أطفال في تتابع سريع. ثم

تعرض لحادث صيد: حيث ارتدت رصاصة من صخرة إلى ذراعه، وانقسمت ذراعه اليمنى إلى نصفين بين المرفق والمعصم. لم يلتئم العظم قط، وينحني خط الكسر مثل المفصل الإضافي إذا أمسكت بيده. لقد فقد القدرة على استخدام ذراعه اليمنى. وبعد سنوات قليلة، كان خارج المنزل في أثناء عاصفة وهبت عليه ريح قوية. وبسبب عدم قدرته على استخدام ذراعه لمنع سقوطه، سقط وكُسرت رقبته ومنذ ذلك الحين أصيب بالشلل. واضطرت زوجته إلى الاعتناء به وتحريك كرسيه المتحرك في أنحاء المنزل وتربية الأطفال والبحث عن الطعام. وتذكرت قائلة: «كنت أقوم بعملي في الهواء الطلق وأبكي طوال الوقت في أثناء قيامي بذلك». وعندما سألتها عما إذا كان الآخرون يأتون إليها عندما يرونها تبكي في عملها، قالت: «لم يكونوا يتدخلون ما دمت أستطيع القيام بالعمل». شعر زوجها أنه كان عبئًا عليها لدرجة أنه توقف عن الأكل، على أمل أن يموت جوعًا، لكنها رأت ما كان يفعله، وكسر ذلك صمتها، وتوسلت إليه أن يعيش.

قالت كارين جوهانسن: «نعم، هذا صحيح، نحن سكان جرينلاند قريبون جدًّا من بعضنا جسديًّا لكن نفتقر للحميمية. نحن جميعًا نتحمل أعباء كثيرة هنا، ولا أحد منا يريد أن يضيف أعباءه إلى أعباء الآخرين». اكتشف المستكشفون الدنماركيون في أوائل ومنتصف القرن العشرين ثلاثة اضطرابات نفسية أساسية بين الإنويت، التي وصفها الإنويت أنفسهم لفترات طويلة.[92] لقد تلاشت هذه الاضطرابات إلى حد كبير الآن إلا في المواقع النائية جدًّا. أولها «الهستيريا القطبية» التي وصفها أحد الرجال الذين عانوها بأنها «زيادة في الطاقة والحيوية، يُعتقد أنها بسبب تناول الأسماك والفقمات والحيتان؛ ثم يسيطر عليك الحزن، وتشعر بالاضطراب وتسأم الحياة». لا يزال هناك شكل معدل من هذه الحالة حتى اليوم، يشبه ما يمكن أن نشير إليه بالاكتئاب النشط أو الحالة المختلطة؛ فهو يرتبط ارتباطًا وثيقًا بالفكرة الماليزية المتمثلة في «الركض المحموم في حالة من الفوضى». أما الاضطراب الثاني فهو «متلازمة هائم الجبال» التي أثرت على أولئك الذين أداروا ظهورهم للمجتمع وغادروا؛ ففي أوقات سابقة، لم يكن يُسمح لهم قط بالعودة وكان عليهم أن يعولوا أنفسهم في عزلة مطلقة حتى وفاتهم. الحالة الثالثة هي «القلق من قوارب الكاياك»، وهي الاعتقاد المخالف للواقع بأن الماء موجود في قاربك وسوف تغرق، وهي الشكل الأكثر شيوعًا لجنون الارتياب. على الرغم من أن هذه المصطلحات تُستخدم الآن من الناحية التاريخية فقط، فإنها لا تزال تثير بعض الصراعات في حياة الإنويت. في أوماناك، وفقًا لرينيه بيرجر كريستيانسن، رئيس الصحة العامة في جرينلاند، كانت هناك مؤخرًا موجة من الشكاوى من الأشخاص الذين يعتقدون أن لديهم ماء تحت جلودهم. كتب المستكشف الفرنسي جان مالوري في الخمسينيات من القرن الماضي: «غالبًا ما يكون هناك تناقض كبير بين الطبيعة الفردانية للإسكيمو واعتقادهم الواعي بأن العزلة مرادفة للتعاسة. وعندما يتخلى عنهم أقرانهم، فإنهم يستسلمون للاكتئاب الذي يتربص بهم دائمًا. فهل الحياة الجماعية أكثر مما يمكن تحمله لأنها بمنزلة شبكة من الالتزامات تربط شخصًا بآخر وتجعل منه أسيرًا طوعيًّا للإسكيمو؟».[93]

لقد تحملت كل من النساء الكبيرات في إليميناك آلامها في صمت لفترة طويلة. قالت كارين جوهانسن: «في البداية، حاولت أن أخبر النساء الأخريات بما أشعر به، لكنهن تجاهلنني. لم يرغبن في التحدث عن الأشياء السيئة. ولم يعرفن كيفية إجراء مثل هذه المحادثة؛ لم يسمعن قط أحدًا يتحدث عن مشكلاته. وحتى وفاة أخي، كنت فخورة أيضًا بأني لم أكن سحابة قاتمة في سماء الآخرين. لكن بعد صدمة انتحاره هذه، كان عليَّ أن أتحدث. لكن الناس لم يعجبهم ذلك. في ثقافتنا، من الوقاحة أن نقول لشخص ما، حتى لو كان صديقًا، «يؤسفني ما تمر به من مشكلات»». وتصف زوجها بأنه «رجل صمت» وقد توصلت معه إلى تفاهم يسمح لها بالتعبير عن حزنها بالبكاء بينما يستمع إليها، كل ذلك دون الحاجة إلى أن يستخدم أي منهما الكلمات التي كانت شيئًا غريبًا وغير مألوف بالنسبة إليه.

تأثرت هؤلاء النساء الثلاث بالصعوبات المشتركة التي يواجهنها، وبعد سنوات عديدة، تحدثن معًا عن عمق معاناتهن، وعن وحدتهن، وعن كل المشاعر التي كانت بداخلهن. ذهبت أماليا جويلسون إلى المستشفى في إيلوليسات لتلقي التدريب في مجال القبالة، وهناك أصبحت على دراية بالعلاجات بالكلام. وجدت الراحة في حديثها مع هاتين المرأتين الأخريين، واقترحت عليهما فكرة. لقد كانت فكرة جديدة لذلك المجتمع. في الكنيسة في أحد أيام الأحد، أعلنت أميليا لانج أنهن شكَّلن مجموعة وأنهن يرِدن دعوة أي شخص يرغب في التحدث عن المشكلات ليأتي ويتحدث معها، إما بشكل فردي وإما كمجموعة. اقترحت عليهن استخدام غرفة الاستشارة في منزل أماليا جويلسون. ووعدت لانج بأن تظل مثل هذه الاجتماعات سرية تمامًا. قالت: «لا أحد منا مضطر إلى أن يكون وحده».

وفي العام التالي، أتت جميع نساء القرية، الواحدة تلو الأخرى، لرؤيتهن، ولم تكن كل واحدة منهن على علم بعدد النساء الأخريات اللاتي قبلن العرض. جاءت النساء اللواتي لم يخبرن أزواجهن أو أطفالهن قط بما في قلوبهن وبكين في غرفة الولادة لدى القابلة. وهكذا بدأ ينتشر هذا التقليد الجديد للانفتاح والتحدث. كما جاء عدد قليل من الرجال، على الرغم من أن فكرة الرجال عن الصلابة والصرامة منعت الكثير منهم، على الأقل في البداية. قضيتُ ساعات طويلة في منزل كل واحدة من هؤلاء النساء الثلاث. قالت أميليا لانج إنها كانت فكرة عظيمة بالنسبة إليها أن ترى كيف «تَحرَّر» الأشخاص بعد التحدث معها. ودعتني كارين جوهانسن للعيش مع عائلتها وأعطتني وعاءً من حساء الحيتان الطازج، الذي قالت إنه غالبًا ما يكون أفضل حل لمشكلات المرء، وأخبرتني أنها وجدت العلاج الحقيقي للحزن، وهو سماع قصص الحزن؛ حزن الآخرين. قالت: «أنا لا أفعل هذا من أجل الأشخاص الذين يتحدثون معي فقط، بل من أجلي أيضًا». لا يتحدث أهل إليميناك عن بعضهم بعضًا سواء في منازلهم أو في علاقاتهم الحميمية. لكنهم يذهبون إلى الحكيمات الثلاث ويستمدون القوة منهن. قالت كارين جوهانسن: «أعلم أنني منعت العديد من حالات الانتحار. أنا سعيدة لأنني أستطيع التحدث معهم في الوقت المناسب». كانت مسألة السرية ذات أهمية قصوى؛ نظرًا لوجود العديد من

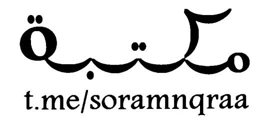
التسلسلات الهرمية الاجتماعية في مستوطنة صغيرة كهذه، وأي اضطرابات بها يمكن أن تؤدي إلى مشكلات أكبر من مسألة الصمت نفسها. قالت أماليا جويلسون: «أرى الأشخاص الذين أخبروني بمشكلاتهم في الخارج، ولا أطرح هذه المشكلات أبدًا أو أسأل بطريقة مختلفة عن صحة شخص ما. فقط إذا، قلت بأدب: «كيف حالك؟»، وبدأ الشخص في البكاء، فسأعيده معي إلى المنزل».

كثيرًا ما تُناقَش فكرة العلاج بالكلام في الغرب كما لو أنها من تأليف المحللين النفسيين. الاكتئاب مرضٌ مقترنٌ بالوحدة، ومن يعانيه بشدة يعرف أنه يفرض عزلة رهيبة، حتى على الأشخاص المحاطين بالحب، وهي في هذه الحالة تكون عزلة ناجمة عن الازدحام. لقد اكتشفت النساء الثلاث الكبيرات في إليميناك روعة تخفيف العبء عن أنفسهن ومساعدة الآخرين على فعل الشيء نفسه. تعبِّر الثقافات المختلفة عن الألم بطرق مختلفة، ويعاني أفراد الثقافات المختلفة أنواعًا مختلفة من الألم، وبالتالي تظهر الوحدة في أشكال لا تحصى.

سألتني تلك النساء الثلاث الكبار عن اكتئابي أيضًا، وحين جلستُ في منازلهن وتناولت سمك القد المجفف الملفوف في دهن الفقمة، شعرت بتعاطفهن وتفهمهن. عندما غادرنا المدينة، قالت مترجمتي إن هذه كانت التجربة الأكثر إرهاقًا في حياتها، لكنها قالت ذلك بفخر متوهج. وقالت: «نحن شعب قوي، شعب الإنويت. إذا لم نحل جميع مشكلاتنا، فسنموت هنا. لذلك وجدنا طريقنا لحل هذه المشكلة أيضًا، مشكلة الاكتئاب». قالت سارة لينج، وهي امرأة من جرينلاند أنشأت خطًّا ساخنًا للانتحار في بلدة كبيرة: «أولًا، يجب على الناس أن يدركوا كم من السهل التحدث إلى شخص ما، ثم كم هو مفيد. إنهم لا يعرفون ذلك. وينبغي لنا بما أننا اكتشفنا ذلك أن نبذل قصارى جهدنا لنشره».

في المجتمعات التي تكون الشدائد والصعاب هي القاعدة فيها، يصعب على المرء التمييز بدقة بين مواجهة مصاعب الحياة وحالة الاكتئاب. إن حياة الإنويت صعبة، ليست مُهينة أخلاقيًّا على طريقة معسكرات الاعتقال، وليست فارغة عاطفيًّا على نمط المدن الحديثة، ولكنها شاقة بلا هوادة ودون الكماليات المادية اليومية التي يعتبرها معظم الغربيين أمرًا مضمونًا ومفروغًا منه. حتى وقت قريب جدًّا، لم يكن الإنويت قادرين على تحمل حتى ترف التحدث عن مشكلاتهم؛ إذ كان عليهم قمع كل المشاعر السلبية خشية أن تجتاح مجتمعهم بأكمله. لقد شقت العائلات التي زرتها في إليميناك طريقها عبر المِحن من خلال الالتزام بعهد الصمت. لقد كان نظامًا فعالًا لتحقيق هدفه، وساعد العديد من الناس على تجاوز فصول الشتاء الطويلة والباردة. إن اعتقادنا الغربي الحديث هو أن المشكلات تُحَل بشكل أفضل عندما نخرجها من الظلام ونسلط الضوء عليها، وقصة ما حدث في إليميناك تدعم هذه النظرية؛ لكن كان التعبير محدودًا في النطاق والموقع. ولنتذكر أنه لم يتحدث أحد من المكتئبين في القرية عن مشكلاته مع أصحاب تلك المشكلات، وأنهم لم يناقشوا الصعوبات التي يواجهونها بانتظام حتى مع النساء الثلاث الكبيرات. كثيرًا ما يُقال إن الاكتئاب هو حالة تصيب الطبقات المترفة

في المجتمعات المتقدمة؛ في الواقع، إنه أمر تمتلك فئة معينة ترف التعبير عنه والتعامل معه. بالنسبة إلى الإنويت، الاكتئاب بسيط للغاية بالنسبة إلى الصورة الكبرى، وهو جزء واضح جدًّا من حياة كل فرد، لدرجة أنهم يتجاهلونه ببساطة، باستثناء الحالات الشديدة. وبين صمتهم ووعينا الذاتي الذي نعبر عنه لفظيًّا تكمن طرق متعددة للتعبير عن الألم النفسي، ومعرفة ذلك الألم. يلعب السياق والعرق والجنس والتقاليد والجنسية دورًا في تحديد ما ينبغي التعبير عنه وما ينبغي السكوت عنه، وبالتالي التأثير على ما ينبغي تخفيفه، وما يتفاقم، وما ينبغي تحمله. إن مدى خطورة الاكتئاب وأعراضه وسبل الخروج منه، هي أشياء تحدَّد جميعًا من خلال قوى خارج نطاق الكيمياء الحيوية الفردية لدينا؛ أي من خلال هويتنا، وأين ولِدنا، وما نؤمن به، وكيف نعيش.



الفصل السادس

الإدمان

يُشكل الاكتئاب وتعاطي المخدرات حلقة متصلة. فالأشخاص الذين يعانون الاكتئاب يتعاطون المخدرات في محاولة لتحرير أنفسهم من اكتئابهم، والأشخاص الذين يتعاطون المخدرات يُفسدون حياتهم ويصابون بالاكتئاب بسبب ذلك. فهل يصبح الأشخاص «الميَّالون وراثيًّا» إلى إدمان الكحول مدمنين على الكحول ثم يعانون الاكتئاب نتيجة تناول مادة ما؟ أم أن الأشخاص الذين لديهم ميل وراثي للاكتئاب يستخدمون المشروبات الكحولية كشكل من أشكال العلاج الذاتي؟ الجواب على كلا السؤالين هو نعم. يبدو أن انخفاض السيروتونين يلعب دورًا مهمًّا في تعزيز إدمان الكحول، لذلك يمكن أن يساهم الاكتئاب المتزايد في تفاقم مشكلة إدمان الكحول. في الواقع هناك علاقة عكسية بين مستويات السيروتونين في الجهاز العصبي واستهلاك الكحول. تؤدي محاولات العلاج الذاتي باستخدام المخدرات والعقاقير غير المشروعة في كثير من الأحيان إلى نتائج عكسية؛ فبينما تبدأ الأدوية المضادة للاكتئاب بآثار جانبية وتتراكم لتصل إلى تأثيرات مرغوبة، فإن المواد التي تُتعاطى عادة ما تبدأ بآثار مرغوبة وتتراكم حتى تصل إلى آثار جانبية. إن قرار تناول عقار بروزاك بدلًا من الكوكايين هو نسخة من استراتيجية الإشباع المؤجل، كما أن قرار تناول الكوكايين بدلًا من مضادات الاكتئاب يعتمد على الرغبة في الإشباع الفوري.

جميع المواد التي تُتعاطى -النيكوتين والكحول والماريجوانا والكوكايين والهيروين ونحو عشرين مادة أخرى معروفة حاليًّا- لها تأثيرات كبيرة على نظام الدوبامين.[1] بعض الناس لديهم استعداد وراثي لاستخدام هذه المواد. تؤثر هذه المواد على الدماغ على ثلاث مراحل.[2]

المرحلة الأولى تكون في الدماغ الأمامي وتؤثر على الإدراك؛ وهذا بدوره يثير الألياف المؤدية إلى المناطق الأكثر بدائية في الدماغ -تلك التي نشترك فيها مع الزواحف- التي، في النهاية، ترسل رسائل إلى أجزاء أخرى كثيرة من الدماغ، مما يؤثر في كثير من الأحيان على نظام الدوبامين. يبدو أن الكوكايين، على سبيل المثال، يمنع امتصاص الدوبامين، بحيث يطفو المزيد من الدوبامين في الدماغ.[3] ويسبب المورفين إطلاق الدوبامين.[4] وتشارك أيضًا ناقلات عصبية أخرى في العملية؛ إذ يؤثر الكحول على السيروتونين[5]، ويبدو أن العديد من المواد ترفع مستويات الإنكيفالين.[6] ومع ذلك، فإن الدماغ ينظم نفسه ذاتيًا ويميل إلى الحفاظ على مستويات ثابتة من التحفيز. إذا واصلت إغراقه بالدوبامين، فسوف يكتسب مقاومة بحيث سيحتاج إلى المزيد والمزيد من الدوبامين لتحفيز استجابة. فهو إما يزيد من عدد مستقبلات الدوبامين أو يقلل من حساسية مستقبلات الدوبامين الموجودة.[7] ولهذا يحتاج المدمنون إلى كميات متزايدة من المادة التي يتعاطونها؛ وهذا أيضًا هو السبب الذي يجعل الأشخاص في مرحلة التعافي، الذين لم يعودوا يحفزون الإطلاق المفرط للدوبامين من خلال المواد، يشعرون عادةً بالتبلد والسلبية والاكتئاب؛ فمستويات الدوبامين الطبيعية لديهم، وفقًا للمعايير الجديدة لأدمغتهم المتكيفة، منخفضة للغاية. وعندما يعدل الدماغ نفسه من جديد، يكتمل التعافي.[8]

معظم الناس، إذا تناولوا ما يكفي من مادة قابلة للتعاطي لفترة كافية، فسوف يصبحون مدمنين عليها. ثلث الأشخاص الذين يدخنون السجائر يصابون بإدمان النيكوتين. ونحو ربع الذين يجربون الهيروين يصبحون مدمنين عليه؛ ونحو سدس الذين يجربون الكحول يصبحون مدمنين عليه.[9] تختلف سرعة تأثير هذه المواد على الدماغ (مرورها من الحاجز الدموي الدماغي) بناءً على كيفية استهلاكها، حيث يكون الحقن هو الأسرع، والاستنشاق بعد ذلك، والاستهلاك عن طريق الفم هو الأبطأ.[10] وبالطبع تختلف السرعة أيضًا من مادة إلى أخرى وتؤثر على مدى سرعة إدمانها. يقول ديفيد ماكدويل، مدير خدمة معالجة الإدمان بجامعة كولومبيا: «قد يبدو القرار الأولي لتجربة مادة ما عشوائيًا إلى حد ما ويتأثر ببيئة الفرد وسياقه الاجتماعي، لكن الاستمرار في التعاطي ليس عشوائيًا. بعض الأشخاص الذين يجربون مادة ما يستمرون في حياتهم ولا يفكرون فيها مرة أخرى أبدًا؛ والبعض يُدمن على الفور تقريبًا». إن تعاطي المخدرات شأن الاكتئاب، يتفاعل فيه الاستعداد الوراثي مع التجارب الخارجية؛ إذ يولَد الناس مع القدرة على أن يصبحوا متعاطين للمخدرات، وبمجرد تعاطي مادة معينة لفترة كافية، يصبحون مدمنين عليها. عادة ما يبدأ الأشخاص المصابون بالاكتئاب الذين يميلون إلى إدمان الكحول بشرب الخمر بشكل مزمن بعد نحو خمس سنوات من أول نوبة اكتئاب كبرى؛ وأولئك الذين يميلون إلى الكوكايين سيبدؤون في المتوسط في تعاطيه بشكل مزمن بعد نحو سبع سنوات من حدوث مثل هذه النوبة.[11] لا يوجد اختبار في الوقت الحاضر لتوضيح من يمكنه استخدام أي مواد وبأي مستوى من المخاطر، على الرغم من أن هناك محاولات جارية لصياغة مثل هذه الاختبارات، على أساس مستويات معينة من الإنزيمات في مجرى الدم. ليس

من الممكن حتى الآن معرفة ما إذا كان التحول الفسيولوجي لدى الأشخاص المكتئبين يجعلهم أكثر عرضة لتعاطي المخدرات، أو ما إذا كان الميل لذلك هو نفسي في المقام الأول.

يعاني معظم متعاطي المخدرات المصابين بالاكتئاب مرضين مرتبطين بشكل متزامن، كل منهما يتطلب العلاج وكل منهما يؤدي إلى تفاقم الآخر. يتفاعل هذان المرضان داخل نظام الدوبامين. إن الفكرة الشائعة التي تقول إن عليك إبعاد شخص ما عن المواد قبل أن تولي اهتمامك إلى اكتئابه هي فكرة سخيفة إلى حد ما؛ فأنت تطلب من الشخص الذي يخفف من بؤسه أن يترك هذا البؤس يتفاقم قبل أن تفعل أي شيء حيال ذلك. إن فكرة أنه يمكنك تجاهل الإدمان وعلاج الاكتئاب باعتباره المرض الأساسي، ومساعدة شخص ما على الشعور بالارتياح بحيث إنه لن يرغب في تعاطي المخدرات بعد الآن، تتجاهل حقيقة الاعتماد الجسدي. يقول هربرت كليبر، الذي كان لعدة سنوات نائب قيصر المخدرات في الولايات المتحدة الذي يرأس الآن مركز الإدمان وتعاطي المخدرات بجامعة كولومبيا: «إذا كان هناك أي شيء تعلمناه في مجال الإدمان، فهو أنه بمجرد أن تصبح مدمنًا -بغض النظر عن كيفية وصولك إلى ذلك- فأنت تعاني مرضًا له حياة خاصة به. فإذا عالجت شخصًا مكتئبًا ومدمنًا على الكحول بمضاد للاكتئاب، فإنك تنتج مدمنًا للكحول غير مكتئب». إن التخلص من الدافع الأصلي لتعاطي المخدرات لا يحرر الشخص من إدمان المخدرات.

يحرص المنظرون على الفصل بين الحالة المزاجية والاعتماد على المواد. يمكن لبعض المؤشرات المباشرة -التاريخ العائلي للاكتئاب، على سبيل المثال- تحديد الاكتئاب الأولي، وقد يشير التاريخ العائلي لتعاطي المخدرات إلى مشكلة أولية مع تعاطي المخدرات. ومع ذلك، وبعيدًا عن هذه المؤشرات، تصبح الفروق أقل وضوحًا؛ فإدمان الكحول على سبيل المثال يسبب أعراض الاكتئاب نفسها. تنص الفلسفة العلاجية السائدة في الوقت الحاضر على أنه يجب علاج تعاطي المخدرات أولًا، وأنه بعد أن يصبح الشخص «نظيفًا» لمدة شهر تقريبًا، يجب تقييم حالته العاطفية. إذا كان الشخص يشعر بالارتياح، فمن المرجح أن الإدمان هو ما كان يسبب الاكتئاب، وبالتالي فإن الإقلاع عن الإدمان قد أدى إلى إزالة الاكتئاب. وهذا كله جيد من حيث المبدأ، ولكن في الواقع فإن الاضطراب الناجم عن عملية الانسحاب عن المخدرات هائل. لذا من المرجح أن يكون الشخص الذي يشعر بالارتياح في نهاية شهر من التوقف عن المواد ممتلئًا بالفخر بقدرته على ضبط النفس وتكون لديه مستويات معدلة لجميع أنواع الهرمونات والناقلات العصبية والببتيدات والإنزيمات وما إلى ذلك؛ مثل هذا الشخص لم يتخلص بالضرورة من إدمانه للكحول أو من الاكتئاب. الشخص الذي يصاب بالاكتئاب في نهاية شهر من التوقف عن تعاطي المخدرات قد يصاب بالاكتئاب لأسباب تتعلق بالحياة، التي لا تعكس الحالة العاطفية التي قادته في البداية إلى تعاطي المخدرات ولا الحالة العاطفية الأساسية التي ظهرت الآن. إن فكرة إمكانية استعادة الشخص لذاته النقية؛ أي الفكرة القائلة بأن المخدرات تخفي الذات الحقيقية للمتعاطي، هي فكرة مثيرة للسخرية تمامًا. علاوة

على ذلك، فإن مشكلات المزاج المرتبطة بالانسحاب قد تظهر لأول مرة فقط بعد شهر أو شهرين من الابتعاد عن المخدرات. يستغرق الجسم عدة أشهر لتحقيق التعافي الأمثل من تعاطي المخدرات على المدى الطويل؛ إذ وفقًا لكليبر فإن بعض التغيرات في الدماغ «يبدو أنها دائمة»، وبعضها يظل لمدة عام أو عامين على الأقل. يُظهِر التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET) تأثيرات المخدرات المختلفة التي تُتعاطى على الدماغ، كما يُظهر تعافيًا محدودًا حتى بعد مرور ثلاثة أشهر.[12] هناك تضررات دائمة[13]، وغالبًا ما يعاني متعاطو المخدرات المزمنون تلفًا دائمًا في الذاكرة.[14]

إذا كان من السادية أن نبدأ بإبعاد متعاطي المخدرات المكتئبين عن تعاطي المخدرات، فهل من المنطقي أن نبدأ بإعطائهم الدواء؟ إن استخدام مضادات الاكتئاب على مدمني الكحول المكتئبين سوف يسبب بعض التخفيف من رغبتهم في شرب الكحول إذا كان الاكتئاب هو الدافع الأساسي لإدمانهم على الكحول. هذا النهج -الذي يبدأ بتخفيف الاكتئاب- أكثر إنسانية من إزالة المخدرات فجأة لتحديد ما إذا كان الشخص يعاني «اكتئابًا حقيقيًّا» أم لا. إن العلاج بمضادات الاكتئاب مفيد بلا شك في الحد من تعاطي المخدرات. فقد أظهرت الدراسات الحديثة أن تلقِّي المدمنين على الكحول لمثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية يزيد من فرص تمكُّنهم من التوقف عن تناول الكحول.[15] من الواضح أنه يمكن تحسين الاكتئاب بشكل كبير من خلال العلاج النفسي الديناميكي، أو ببساطة من خلال الرعاية اليقظة، كما أن الاهتمام الوثيق بالأشخاص الذين يشاركون في الدراسات يمكن أن يكون له تأثير مفيد على تعاطي المخدرات بصرف النظر عن بروتوكول الدراسة. يميل المدمنون على الكحول المكتئبون إلى العزلة بشكل رهيب، وغالبًا ما يؤدي كسر هذه العزلة إلى تخفيف بعض أعراض الاكتئاب.

تقول إلينور ماكانس كاتز من كلية ألبرت أينشتاين للطب: «هناك شيء سلبي في محاولة معرفة ما هي المشكلة الأساسية وما هي المشكلة الثانوية، وهو أن ذلك يبدو وكأنه محاولة إصدار حكم بشأن مَن ينبغي أن نلقي عليه اللوم: على الانغماس في إشباع الأهواء أم على المرض النفسي. باعتباري شخصًا يعالج الأشخاص الذين يعانون مشكلات الإدمان ومشكلات الصحة النفسية، أريد أن أعرف لأن ذلك قد يُنبئ بما سيفعلونه في المستقبل؛ سيكون ذلك مفيدًا بالنسبة لي فيما يتعلق بكيفية إرشادهم والعمل معهم؛ سيكون ذلك مفيدًا بالنسبة لي فيما يتعلق بالأدوية التي يمكنني علاجهم بها وإلى متى. ولكن خلاصة القول هي أنه إذا كان لديهم كلا الاضطرابين، فيجب علاج كلا الاضطرابين». في بعض الأحيان يستخدم المرضى موادًا مخدرة للسيطرة على الاكتئاب المهتاج الذي قد يشمل، دون رادع، ميولًا انتحارية أو حتى محاولات انتحارية. إذا أبعدت مثل هذا الشخص عن الكحول دون وضع خطط للسيطرة على الاكتئاب بطريقة أفضل، فإنك تُعرضه لخطر الانتحار. يقول ديفيد ماكدويل من جامعة كولومبيا: «إذا تغُوضي عن الاكتئاب بسبب عدم قدرة الشخص على الامتناع عن تعاطي

المخدرات، فإن مفتاح تحقيق الامتناع قد يكمن في معالجة الاكتئاب». بعبارة أخرى، إذا كنت تعاني الاكتئاب، فقد لا تتمكن من التعامل مع الضغط الناتج عن الابتعاد عن المخدرات.

في مجال تكون فيه معرفة أصل المرض مجرد جزء صغير من معرفة كيفية علاجه، غالبًا ما يستخدم الباحثون الارتباطات بين العوامل المختلفة لمحاولة إنشاء نظام تشخيصي. على سبيل المثال، نظرت إحدى الدراسات الحديثة في أنماط النوم وحددت أن الكُمون القصير لنوم حركة العين السريعة (REM) (طول الفترة الزمنية قبل أن يدخل الشخص مرحلة حركة العين السريعة الأولى بعد النوم) يشير إلى أن الاكتئاب هو المرض الرئيسي، في حين يشير الكُمون المطول لنوم حركة العين السريعة إلى أن إدمان الكحول هو المرض الرئيسي.(16) يدَّعي بعض الأطباء أن إدمان الكحول في سن مبكرة من المرجح أن يكون نتيجة للاكتئاب أكثر من إدمان الكحول في وقت لاحق.(17) تقيس بعض الاختبارات مستقلَبات السيروتونين، أو مستويات الكورتيزول والهرمونات الأخرى، ونأمل أن يظهر من خلال هذه القياسات وجود اكتئاب «حقيقي»؛ ولكن بما أن الكثير من الاكتئاب الحقيقي لا يظهر في مثل هذه المستقلبات، فإن الاختبارات ذات فائدة محدودة.(18) تتوفر مجموعة واسعة للغاية من الإحصائيات، ولكن يبدو أن نحو ثلث جميع متعاطي المخدرات يعانون نوعًا ما من الاضطراب الاكتئابي. ومن الواضح أن عددًا كبيرًا من الأشخاص المكتئبين يتعاطون موادًا مخدرة.(19) يبدأ تعاطي المخدرات في كثير من الأحيان في مرحلة المراهقة المبكرة، في مرحلة قد لا يكون فيها الأشخاص الذين لديهم استعداد للاكتئاب قد تطورت لديهم الأعراض بعد.(20) ربما يبدأ التعاطي كآلية للتكيف ضد الميول الاكتئابية الناشئة. في بعض الأحيان، يؤدي الاكتئاب إلى تحويل الشخص الذي كان يستخدم مادة مسببة للإدمان إلى مدمن. يقول كليبر: «الأشخاص الذين يتعاطون أشياء لأنهم قلقون أو لأنهم مكتئبون هم أكثر عرضة لاكتساب اعتماد حقيقي عليها». إن الأشخاص الذين تعافوا من تعاطي المخدرات هم أكثر عرضة للانتكاس عندما يعانون الاكتئاب أكثر من غيرهم.(21) اقترح آر إي ماير خمس علاقات محتملة بين تعاطي المخدرات والاكتئاب: قد يكون الاكتئاب هو سبب تعاطي المخدرات؛ وقد يكون الاكتئاب نتيجة لتعاطي المخدرات؛ وقد يغير الاكتئاب نمط تعاطي المخدرات أو يفاقمه؛ وقد يتعايش الاكتئاب مع تعاطي المخدرات دون التأثير عليه؛ وقد يكون الاكتئاب وتعاطي المخدرات عرضين لمشكلة واحدة.(22)

إن تداخل الأعراض بين تعاطي المخدرات والانسحاب من تعاطي المخدرات والاكتئاب أمر مربك للغاية. بينما تعمل المواد المُهدئة مثل الكحول والهيروين على تخفيف القلق ومفاقمة الاكتئاب؛ تعمل المنشطات مثل الكوكايين على تخفيف الاكتئاب ومفاقمة القلق. إن المرضى الذين يعانون الاكتئاب والذين يتعاطون المنشطات قد يكون لديهم سلوك يبدو فصاميًا، على الرغم من أن هذا السلوك سيختفي إما بالتوقف عن تعاطي المنشطات وإما بالعلاج الناجح للاكتئاب.(23) وبعبارة أخرى، فإن الجمع بين الحالتين يؤدي إلى أعراض أكثر خطورة من كل حالة وحدها. في وجود المشكلتين، غالبًا ما يكون إدمان الكحول أكثر شدة من المتوسط،

ويكون الاكتئاب أيضًا أكثر شدة من أعراض الاكتئاب المتوسط. ولحسن الحظ، فإن الأشخاص الذين يعانون المشكلتين هم أكثر ميلًا لطلب المساعدة من أولئك الذين يعانون أيًّا من المشكلتين وحدهما. ومع ذلك، فهم أيضًا أكثر عرضة للانتكاسة. على الرغم من أن تعاطي المخدرات والاكتئاب قد يكونان مشكلتين منفصلتين، فمن المؤكد أن كلًّا منهما له عواقب فسيولوجية في الدماغ قد تؤدي إلى تفاقم المشكلات الأخرى بشدة.[24] بعض المواد (الكوكايين، والمهدئات، والمنومات، ومضادات القلق) التي لا تسبب الاكتئاب عند استخدامها تؤثر على الدماغ بطريقة تسبب الاكتئاب في أثناء الانسحاب[25]؛ وبعض المواد الأخرى (الأمفيتامينات، المواد الأفيونية، المهلوسات) تسبب الاكتئاب كجزء من تأثيرها المباشر؛ وبعض المواد (الكوكايين، الإكستاسي) تسبب تحسنًا كبيرًا في المزاج ثم انخفاضًا حادًّا. لذا فالمسألة معقدة. كل هذه المواد، والكحول على وجه الخصوص، سوف تؤدي إلى تفاقم الرغبة في الانتحار.[26] وكلها تشوش العقول بما يكفي لعرقلة الالتزام بالوصفات الطبية، الأمر الذي يمكن أن يخلق فوضى حقيقية للأشخاص الذين يتلقون ظاهريًّا علاجًا مستدامًا مضادًا للاكتئاب.

إذن يختفي الاكتئاب بشكل أو بآخر لدى بعض الأشخاص بعد أن يتخلصوا من الإدمان، والعلاج الصحيح لهؤلاء الأشخاص هو الامتناع عن تعاطي المخدرات.[27] بينما يتلاشى اهتمام البعض الآخر بالمخدرات والكحول عندما يُسيطَر على اكتئابهم، والعلاج الصحيح لمثل هؤلاء الأشخاص هو الأدوية المضادة للاكتئاب والعلاج النفسي. يحتاج معظم متعاطي المخدرات، مثل معظم المصابين بالاكتئاب، إلى تدخل نفسي اجتماعي، ولكن هذا ليس هو الحال دائمًا. لسوء الحظ، لا يزال الأطباء ليس لديهم فهم كافٍ لكيفية تفاعل العديد من الأدوية المضادة للاكتئاب مع المواد التي تُتعاطى. يعمل الكحول على تسريع امتصاص الأدوية، وهذا الامتصاص السريع يرفع من الآثار الجانبية للأدوية بشكل كبير.[28] وقد تُسبب مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات، وهي شكل قديم من العلاج، ضغطًا كبيرًا على القلب بالاشتراك مع الكوكايين. من المهم، عند وصف مضادات الاكتئاب لمتعاطي المخدرات الذي توقف عن التعاطي، افتراض أن هذا الشخص يمكن أن يعود إلى المادة التي كان يتعاطاها، وتوخي الحذر عند وصف الأدوية التي قد تُسبب ضررًا كبيرًا عند تناولها مع المواد المخدرة. في بعض الحالات، قد يكون العلاج النفسي الديناميكي هو الطريقة الأكثر أمانًا في البداية لمعالجة الاكتئاب لدى متعاطي المخدرات.

تطورت لغة الإدمان في العقود الأخيرة، وتوسعت إلى درجة أن مصطلح «الإدمان» يستخدم لوصف السلوكيات والمواد المختلفة. يمكن أن يدعي الناس أنهم مدمنون على أشياء مثل العمل، أو التعرض لأشعة الشمس، أو تدليك القدمين، أو تناول الطعام، أو حتى المال؛ سواء في الحصول عليه أو إنفاقه. التقيت ذات مرة فتاة مصابة بفقدان الشهية شُخِّصت حالتها بأنها مدمنة للخيار، وهي حالة ربما كانت ستثير اهتمام فرويد. أجرى هوارد شافير، الذي يرأس قسم الإدمان في كلية الطب بجامعة هارفارد، أبحاثًا مكثفة حول المقامرة القهرية. وهو

يرى أن الإدمان متجذر في مسارات الدماغ وأن الشيء الذي يُدمنه المرء لا يهم؛ فبالنسبة إليه، لا يختلف إدمان السلوكيات بشكل كبير عن إدمان المواد. إن الحاجة اليائسة إلى الاستمرار في تكرار شيء ضار هي التي تدفع إلى الاعتماد الجسدي، وليس الاستجابة الفسيولوجية للشيء المتكرر. يقول: «نحن لا نقول مثلًا إن النرد نفسه مُسبب للإدمان».[29]

تقول بيرثا مادراس، الباحثة في قسم الطب النفسي بجامعة هارفارد، إن المواد الأكثر تعاطيًا تستغل مسارات الدماغ الموجودة بالفعل، وذلك بفضل تشابهها الهيكلي مع المواد الدماغية التي تُنتَج بشكل طبيعي هناك. تقول: «إن التركيب الكيميائي للمواد الإدمانية يُشبه التركيب الكيميائي للناقلات العصبية في الدماغ. وأنا أطلق عليها اسم «المحتالين الكبار للدماغ». وهي تستهدف أنظمة الاتصال نفسها التي تستهدفها الرسائل الطبيعية للدماغ. لكن أنظمة الاتصال والتحكم المعقدة في الدماغ مُصممة وموجهة للرسائل الطبيعية، وليس المحتالة. ونتيجة لذلك، يتكيف الدماغ مع الإشارات غير الطبيعية التي تولدها المخدرات ويعوضها، وهنا تبدأ عملية الإدمان. التكيف الدماغي أمر أساسي للإدمان. وفي حالة المخدرات التي تنتج أعراضًا انسحابية جسدية أو نفسية، تكون هناك رغبة قهرية في إعادة الدماغ إلى الحالة التي كان عليها عندما كان مليئًا بالمخدرات». على الرغم من وجود سلوكيات إدمانية مختلفة، فإن الإدمان الجسدي ينطوي في المقام الأول على تنشيط مسارات الدماغ المرتبطة بالإدمان، ويمكن أن تؤدي هذه المسارات إلى تغيرات فسيولوجية قد تؤدي بدورها إلى الاكتئاب.

يميل الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي من إدمان الكحول إلى أن تكون لديهم مستويات أقل من الإندورفين -المورفين الداخلي المسؤول عن العديد من استجابات المتعة لدينا- مقارنة بالأشخاص الذين لا يميلون وراثيًّا إلى إدمان الكحول.[30] بينما يؤدي الكحول إلى رفع مستوى الإندورفين قليلًا لدى الأشخاص الذين ليس لديهم الأساس الجيني لإدمان الكحول؛ يرفع مستوى الإندورفين بشكل كبير لدى الأشخاص الذين لديهم هذا الأساس الجيني. يقضي المتخصصون الكثير من الوقت في صياغة فرضيات غريبة لتفسير تعاطي المخدرات. معظم الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات يفعلون ذلك لأنه يُشعرهم بالارتياح وبشعور ممتع. ويشير الخبراء إلى أن هناك دوافع قوية لتجنب المخدرات؛ ولكن هناك أيضًا دوافع قوية لأخذها. إن الأشخاص الذين يزعمون أنهم لا يفهمون سبب إدمان أي شخص للمخدرات هم عادةً أشخاص لم يجربوها بعد أو منيعون وراثيًّا إلى حد ما تجاهها.

يقول هربرت كليبر من جامعة كولومبيا: «يفتقر الناس للقدرة على الحكم على مدى قابليتهم للإدمان. لا أحد يريد أن يكون مدمنًا. المشكلة في العلاج هي أن هدف المعالج -الامتناع عن تعاطي المخدرات- وهدف المريض -السيطرة- ليسا الشيء نفسه. كل ما يريده مدمن الكراك هو أن يكون قادرًا على أخذ المخدر من حين لآخر فقط؛ أي أن يتحكم في الأمر. وإحدى المشكلات هي أنه كان قادرًا على القيام بذلك ذات يوم. كان لكل مدمن «شهر عسل» يستطيع خلاله التحكم في التعاطي. بالنسبة إلى مدمن الكحول، قد يستغرق ذلك خمس أو

عشر سنوات؛ أما بالنسبة إلى مدمن الكراك فقد يستغرق الأمر أقل من ستة أشهر». إن الشعور بالرغبة في تكرار شيء ما لأنه ممتع لا يماثل الشعور بالحاجة إلى تكرار شيء ما لأن عدم وجوده أمر لا يطاق. وفي كثير من الأحيان تلعب العوامل الخارجية مثل الاكتئاب دورًا مهمًّا في تحديد هذه الحاجة؛ وبالتالي، من المرجح أن يصبح الفرد المكتئب مدمنًا بسرعة أكبر بكثير من الشخص غير المُكتئب. إذا كنت مكتئبًا، فإن القدرة على الحصول على الإشباع من الحياة العادية تتضاءل. قد يُصنَّف متعاطو المخدرات على أنهم غير مفكرين -مما يعني أنهم لا يفكرون حتى في التخلي عن المخدرات التي يختارونها- أو مفكرون، أو لديهم دوافع خارجية، أو دوافع داخلية. يتعين على معظمهم أن يمروا بهذه المراحل الأربع قبل أن يتمكنوا من تحقيق التحرر من الإدمان.

تدَّعي الأدبيات الطبية أن الإدمان يأتي من مشكلات «(1) المشاعر، و(2) احترام الذات، و(3) العلاقات الذاتية مع الآخرين، و(4) الرعاية الذاتية».[31] أود أن أقترح أن ما هو استثنائي، حقًّا، هو عدد الأشخاص الذين يتمكنون من تجنب الإدمان على الرغم من عوامل الخطر المحتمَلة هذه. ما يدفع الناس إلى الابتعاد عن الإدمان هو أنهم يدركون مدى ضرره، ويخشون الإضرار بعلاقاتهم، ويجدون نوعًا من الإشباع في ضبط النفس. ومع ذلك، فإن الآثار الجانبية الجسدية لتعاطي المخدرات تلعب الدور الأكبر في منع الإدمان. إذا لم يكن هناك شيء من قبيل صداع الكحول، لكان هناك الكثير من مدمني الكحول ومدمني الكوكايين. يمكن للمخدرات أن تُكافئ وتُعاقب، والحدود بين مستوى الاستخدام الذي تكون فيه المكافآت أكبر من العقوبات، ومستوى الاستخدام الذي تكون فيه العقوبات أكبر من المكافآت، غامضة. فالكحول، على سبيل المثال، يمكن أن يساعد الناس على الاسترخاء والتعامل مع المواقف الاجتماعية دون قلق مفرط، وتناوله أمر مقبول اجتماعيًّا في معظم المجتمعات غير الإسلامية. ويمكن لتعاطي الكوكايين من حين لآخر أن يوفر الراحة من الاكتئاب، على غرار الطريقة التي يمكن بها للكحول أن يخفف من القلق، لكن عدم قانونيته يعكس انزعاجنا الاجتماعي منه. إن الإدمان الأكثر شيوعًا حتى الآن هو إدمان الكافيين والنيكوتين. على سبيل المثال، وصف لي أحد أطباء الإدمان شعوره ذات مرة بأعراض شديدة تشبه أعراض صداع الكحول والاكتئاب عندما زار أصدقاء ليس لديهم سوى شاي الأعشاب فقط، فأدرك لاحقًا أنه كان يمر بمرحلة انسحاب الكافيين، فخففت بضعة فناجين من القهوة القوية من أعراضه. قال لي: «لم أفكر في الأمر مطلقًا، لكن القهوة لم تكن مجرد مشروب ذي مذاق مميز؛ لقد كانت إدمانًا وأي عبث بها سيؤدي إلى أعراض الانسحاب». نحن كمجتمع لا نعترض على الإدمان الذي لا يسبب عجزًا للمرء أو يؤدي لإعاقته عن تأدية مهامه؛ لكن نعترض على استخدام بعض المواد المسببة للإدمان حتى عندما يكون هذا الاستخدام عرضيًّا وغير مسبب للإدمان بطبيعته. تشير المناقشات حول تقنين الماريجوانا وتشريع التبغ إلى وجهات نظرنا المنقسمة حول هذا الموضوع.

إن الجينات ليست قدرًا. لدى أيرلندا معدل مرتفع للغاية من إدمان الكحول. كما أن لديها نسبة عالية للغاية من الامتناع عن شرب الكحول. ويوجد في إسرائيل معدل منخفض للغاية من إدمان الكحول ولكن لا يوجد تقريبًا أي ممتنعين عن تناول الكحول.[32] في المجتمع الذي يكون فيه الناس عُرضة للإدمان على الكحول، قد يكونون أيضًا عرضة لممارسة قدر كبير من ضبط النفس في مواجهة المواد الإدمانية. يقول كليبر: «إن إدمان الكحول ليس مرضًا يصيب المرفق. إذ ليست التشنجات العضلية هي التي تجلب الزجاجة إلى فمك. المدمن على الكحول لديه خيارات. ومع ذلك، فإن القدرة على ممارسة تلك الخيارات تتأثر بالعديد من المتغيرات، أحدها قد يكون اضطراب المزاج». إذا كنت تتعاطى المخدرات، فإنك تفعل ذلك عمدًا. أنت تعرف عندما تفعل ذلك. الأمر ينطوي على إرادة. ومع ذلك هل لدينا فعلًا خيار؟ إذا علم الإنسان أن هناك راحة فورية من الألم، فماذا يعني حرمان المرء نفسه من ذلك؟ يقول توماس إليوت في قصيدته «جيرونتيون»: «بعد اكتساب هذه المعرفة، كيف يمكن للمرء أن يغفر لنفسه؟»[33] عندما يحلُّ الليل المظلم على روحك، هل من الأفضل ألا تعرف ما الذي يمكن أن يفعله الكوكايين لك؟

جزء من أفظع ما يتعلق بالاكتئاب، وبخاصة فيما يتعلق بالقلق والذعر، هو أنه لا ينطوي على إرادة؛ فالمشاعر تحدث لك دون أي سبب على الإطلاق. قال أحد الكُتاب إن تعاطي المخدرات هو استبدال «الألم المريح والمفهوم» بـ «الألم غير المريح وغير المفهوم»، والقضاء على «المعاناة التي لا يمكن السيطرة عليها، التي لا يفهمها المتعاطي» لصالح «البؤس الناجم عن المخدرات الذي يفهمه المتعاطي بالفعل».[34] في نيبال، عندما يصاب الفيل بشظية أو مسمار في قدمه، يضع الناس الفلفل الحار في إحدى عينيه، فينشغل الفيل بألم الفلفل الحار بحيث يتوقف عن الاهتمام بالألم في قدمه، ويمكن للناس حينها إزالة الشظية من قدمه دون أن يسحقهم (وبعدها، يُغسل الفلفل الحار من عينه).[35] بالنسبة إلى العديد من مرضى الاكتئاب، يعتبر الكحول أو الكوكايين أو الهيروين بمكانة الفلفل الحار، أي الإلهاء المروع الذي يصرف انتباههم عن ثقل الاكتئاب الذي لا يطاق.

الكافيين والنيكوتين والكحول هي المواد الأساسية الشرعية التي تسبب الإدمان التي أصبحت جزءًا بدرجات متفاوتة من ثقافة مجتمعنا ويُعلَن عنها للمستهلكين. نحن نميل إلى إيلاء القليل من الاهتمام للكافيين. أما النيكوتين فعلى الرغم من أنه يسبب الاعتياد بشكل كبير، فإنه لا يؤدي إلى التخدير أو السُّكر، وبالتالي فهو لا يعيقنا عن ممارسة الحياة اليومية؛ إن الآثار الضارة للقطران الموجود في التبغ، الذي يُستَخدم عادة مع النيكوتين، هي ما يثير قلق المدافعين عن مكافحة التدخين. إن العواقب السلبية المتأخرة للتدخين تجعل النيكوتين مادة يسهل تعاطيها؛ فإذا عانى الناس آثار الكحول الشديدة في كل مرة يدخنون فيها السجائر، فمن المرجح أن يدخنوا عددًا أقل بكثير من السجائر. وبما أن الآثار الضارة -وأبرزها انتفاخ الرئة وسرطان الرئة- تنتج عن التدخين على المدى الطويل، فمن السهل تجاهلها أو إنكارها.

يبدو أن المعدل المرتفع للتدخين بين الأشخاص المصابين بالاكتئاب لا يعكس أي سمة معينة من سمات النيكوتين، بل يعكس التدمير الذاتي العام بين الأشخاص الذين يبدو المستقبل بالنسبة إليهم قاتمًا. إن انخفاض نسبة الأوكسجين في الدم الذي يحدث كجزء من التدخين قد يكون له أيضًا تأثير مثبط.[36] بالإضافة إلى ذلك، يُعتَقد أن التدخين يقلل من مستويات السيروتونين، على الرغم من أنه من الممكن أن تكون مستويات السيروتونين المنخفضة هي ما يجذب الناس إلى النيكوتين ويدفعهم إلى البدء في التدخين في المقام الأول.[37]

من بين المواد المسببة للعجز بشكل كبير، فإن الكحول هو الأكثر شيوعًا، الذي يمكن أن يقوم بعمل ممتاز في التخلص من الألم. وفي حين أن شرب الكحول في أثناء الاكتئاب أمر شائع، فإن بعض الأشخاص يشربون كميات أقل عندما يعانون الاكتئاب، غالبًا لأنهم يدركون أن الكحول يسبب الاكتئاب وأن الإفراط في شرب الكحول في أثناء الاكتئاب يمكن أن يؤدي إلى تفاقم الاكتئاب بشدة. تجربتي هي أن الكحول ليس مغريًا بشكل خاص عندما تكون مصابًا بالاكتئاب التام، ولكنه يكون مغريًا للغاية عندما تعاني القلق. المشكلة هي أن الكحول نفسه الذي يزيل القلق يميل إلى مفاقمة الاكتئاب، بحيث تنتقل من الشعور بالتوتر والخوف إلى الشعور بالعزلة وانعدام القيمة. وهذا ليس تحسنًا. لقد لجأت إلى الكحول في ظل هذه الظروف ونجوت لأقول لكم الحقيقة: إنه لا يساعد.

بما أنني عشت في ثقافات تختلف رؤيتها للكحول، أعتقد أن ما يشكل إدمانًا يتحدد اجتماعيًّا بدرجة كبيرة. لقد نشأت في منزل يُقدَّم فيه النبيذ مع العشاء، وكنت أتناول رشفتين من كأسي عندما كنت في السادسة من عمري تقريبًا. عندما دخلت الكلية، اكتشفت أن لدي قدرة عالية نسبيًّا على تحمل الكحول، حيث كان بإمكاني التعامل مع الكحول بشكل جيد. من ناحية أخرى، كان شرب الخمر أمرًا مذمومًا إلى حد ما في كليتي، وكان يُنظر إلى الأشخاص الذين يشربون كثيرًا على أنهم «مضطربون». لذا التزمت بالمعايير. وفي الجامعة التي التحقت بها بعد ذلك في إنجلترا، كان شرب الخمر أمرًا شائعًا، وكان يُنظر إلى الأشخاص الذين يحجمون عن شرب الخمر على أنهم «متزمتون» و«غير مرحين». لا أحب أن أعتبر نفسي خروفًا، لكنني توافقت تمامًا مع ذلك النظام الجديد.

بعد بضعة أشهر من بدء دراستي العليا في إنجلترا، انضممت إلى نادي طعام[1]، وكجزء من طقوس غبية إلى حد ما، أُجبِرت على شرب نصف جالون من الكحول. كانت هذه التجربة بمنزلة إنجاز كبير بالنسبة لي وساعدت في تخفيف الخوف المتزايد من السُّكر الذي انتابني سابقًا. في تلك المرحلة من حياتي، لم أعانِ الاكتئاب إلى حد كبير، لكنني كنت شخصًا قلقًا وعُرضة لنوبات الهلع. بعد بضعة أشهر ذهبت لتناول العشاء وجلست بجوار فتاة كنت

(1) نادي الطعام أو نادي الأكل هو مجموعة اجتماعية، وعادة ما تتطلب العضوية، التي تجتمع لتناول العشاء والمناقشة على أساس منتظم. (المترجم)

مفتونًا بها، واعتقادًا مني أن الكحول سيخفف من حدة قلقي وتوتري، تناولت بكل سرور نحو زجاجتين ونصف من النبيذ في أثناء العشاء. ومن الواضح أنها كانت خجولة أيضًا، وكانت تشرب القدر نفسه تقريبًا، وانتهى بنا الأمر بالاستيقاظ معًا على كومة من المعاطف في الساعات الأولى من الصباح. والمثير للدهشة أنه لم تكن هناك أي وصمة عار مرتبطة بهذا السلوك. ما دمت مستعدًّا لتحمل الصداع الناتج عن الشرب وتستطيع أن تحافظ على دراستك والتزاماتك الأكاديمية، فمن المقبول تمامًا أن تشرب الكحول بشكل مفرط كل ليلة من أيام الأسبوع. لم يخطر ببالي قط أو بال أصدقائي أنني كنت معرضًا لخطر الإدمان على الكحول.

عندما كنت في الخامسة والعشرين من عمري، بدأت العمل على كتابي الأول، الذي كان عن طليعة الفنانين السوفييت. وبينما كان شُرب الكحول على الطريقة الإنجليزية متقطعًا ومكثفًا، كان الشُّرب في روسيا ثابتًا. ومع ذلك، لم يكن الأمر محبطًا؛ فالمجتمع الذي كنت أعيش فيه في روسيا كان مجتمعًا مليئًا بالنشوة الكحولية. كانت مياه موسكو غير صالحة للشرب تقريبًا، وأستطيع أن أتذكر أنني قلت إنني اعتقدت أن المعجزة الحقيقية ستكون أن يحوِّل شخص ما النبيذ الخاص بي إلى ماء، وليس العكس. قضيت صيف عام 1989 أقيم في مسكن مؤقت مع مجموعة من الفنانين في ضواحي موسكو، وأعتقد أنني كنت أشرب ربع جالون من الفودكا يوميًا.[38] وبحلول نهاية الشهر، لم ألاحظ مقدار ما كنت أشربه؛ لقد اعتدت أن أستيقظ عند الظهر تقريبًا لأجد أصدقائي مجتمعين في منزلنا المؤقت، يدخنون السجائر، ويسخنون الماء لإعداد الشاي على موقد كهربائي صغير، ويرتشفون الفودكا من كؤوس متسخة. اعتقدت أن الشاي مثير للاشمئزاز -مثل الماء الدافئ الذي تطفو فيه قطع من الطين- ولذا كنت أتناول الفودكا في الصباح ويصبح يومي أكثر سلاسة مع استمراري في تناول الكحول. هذا الشرب المستمر لم يجعلني أشعر بالسُّكر قط، ويمكنني أن أقول الآن إنه قدم لي مساعدة كبيرة. لقد كانت نشأتي في الولايات المتحدة محمية إلى حد ما، وتعزز إحساسي بالصداقة الحميمة مع أصدقائي الروس بشكل كبير من خلال حياتنا الجماعية وشرب الخمر المستمر. وبطبيعة الحال، كان عدد قليل من الناس بيننا يشربون بكثرة حتى بمعايير المجتمع الذي نعيش فيه. كان أحد الرجال يشرب بكثرة، ويتجول في حالة من عدم التماسك، ثم يغط في نوم عميق كل ليلة. كان يمكن لشخيره أن ينافس قسم الإيقاع في فرقة لموسيقى الهيفي ميتال. وكان التحدي يكمن في التأكد من عدم انهياره في غرفتك، وبخاصة على سريرك. أستطيع أن أتذكر وقوفي إلى جانب ستة رجال آخرين، وهم يسحبون هذا الشخص اللاواعي بشكل جماعي إلى الأرض؛ وذات مرة سحبناه إلى الأسفل نزولًا على السلالم دون أن يستيقظ. إن التمسك بمعايير الشرب في الولايات المتحدة لم يكن أمرًا فظًّا فحسب، بل كان أيضًا غريبًا في هذه الدوائر. ولعل الأهم من ذلك هو أن شرب الخمر حرر أصدقائي في موسكو من الأنشطة الاجتماعية المتاحة التي كانت مملة وبائسة. لقد كانوا يعيشون حياة مهمشة في مجتمع قمعي في لحظة مربكة من التاريخ. لذا من أجل التعبير عن أنفسنا بحرية، والرقص، والضحك كما كنا نفعل،

ولتحقيق قدر معين من الحميمية، كان علينا أن نحافظ على عاداتنا في الشرب. قال أحد أصدقائي الروس بعد أن زار السويد: «يشرب الناس هناك لتجنب الحميمية؛ بينما في روسيا، نشرب الخمر لأننا نحب بعضنا بعضًا كثيرًا».

إن شرب الخمر ليس مسألة بسيطة ومباشرة؛ فهو له دوافع وتأثيرات مختلفة على الأشخاص المختلفين في الأماكن المختلفة. يُعتَقد أن رفع الضرائب على المشروبات الكحولية في الدول الاسكندنافية سيحد من معدلات الانتحار.[39] لقد قرأت العديد من الدراسات التي تقول إن إدمان الكحول يجعل المرء مُكتئبًا، لكنني لا أعتقد أن جميع المدمنين على الكحول يعانون الاكتئاب. العلاقة بين الاكتئاب والكحول هي مسألة تتعلق بالمزاج والسياق، وهما شيئان متغيران للغاية. من المؤكد أنني أشرب الكحول أكثر عندما أشعر بالقلق -في التفاعلات الاجتماعية العادية التي تنتج القلق أو عندما يجتاحني القليل من القلق الناجم عن الاكتئاب- وقد وجدت نفسي أعتمد على الكحول بشكل مزعج خلال الأوقات العصيبة. كانت حساسيتي للكحول ترتفع وتنخفض ولم تكن استجابتي ثابتة؛ ففي بعض الأحيان أشرب وأشعر بزوال التوتر، وفي بعض الأحيان أشرب قليلًا أيضًا وأشعر برغبة في الانتحار بشكل خطير، وأكون مرهقًا، وضعيفًا، وخائفًا. أعلم أنني يجب ألا أشرب عندما أشعر بالاكتئاب، وإذا بقيت في المنزل، فلا أشرب؛ لكن في المواقف الاجتماعية، من الصعب أن تقول لا، ومن الأصعب إيجاد التوازن بين تخفيف القلق وإثارة اليأس. وكثيرًا ما أجد صعوبة في تحقيق التوازن الصحيح.

يؤدي شرب الكحول بكثرة على المدى القصير إلى الصداع، والشعور بعدم الكفاءة، وعسر الهضم. ويمكن أن يؤدي إدمان الكحول لفترة طويلة إلى ضعف إدراكي، وذهان[40]، بل وحتى أمراض جسدية خطيرة مثل تليف الكبد[41]، وقصر العمر مقارنة بمن لا يشربون الكحول.[42] وقد تشمل أعراض الانسحاب من تعاطي الكحول المزمن الهذيان الارتعاشي، الذي يمكن أن يكون مميتًا. لقد تناول تسعون بالمائة من الأمريكيين الذين يعيشون الآن الكحول في مرحلة ما من حياتهم.[43] في الولايات المتحدة، يصاب نحو 10% من الرجال و5% من النساء بإدمان الكحول الفسيولوجي، مما يعني أنهم سيعانون ارتفاع معدل ضربات القلب، والهذيان الارتعاشي، والهياج إذا حاولوا التوقف عن الشرب. الآلية الفسيولوجية للكحول في الدماغ ليست مفهومة بالكامل، وكذلك الأساس الفسيولوجي لشربه، على الرغم من أن السيروتونين يبدو أنه يؤثر على قدرة المرء على مقاومة إغراء الشرب.[44] يبدو أن تناول الكحول بجرعات عالية له تأثير سلبي على الناقلات العصبية، ربما عبر مستقبلات جابا GABA معينة[45]، التي يستهدفها أيضًا دواء الفاليوم. يؤثر الاستمرار في الشرب بشكل خطير على الذاكرة ويبدو أنه يسبب ضررًا دائمًا للقدرة على دمج تجارب جديدة في سردية متماسكة. وهذا يعني أن المرء يفقد الشكل الأساسي لتاريخه؛ حيث يتذكر الحياة في نقاط وأحداث متفرقة بدلًا من أن تكون سردية متماسكة.

هناك العديد من النماذج لعلاج إدمان الكحول بعيدًا عن الاكتئاب، ولكن عندما توجد الحالتان معًا، يبدو أن العلاجات الديناميكية النفسية هي الأكثر فاعلية.[46] توفر برامج مدمني الكحول المجهولين وغيرها من البرامج المكونة من اثنتي عشرة خطوة بيئات داعمة يمكن للأشخاص من خلالها مشاركة تجاربهم مع إدمان الكحول والاكتئاب. تعتبر العلاجات الجماعية الأخرى وحتى الإيداع في مؤسسات الرعاية على المدى القصير أيضًا مثمرة للغاية في معالجة إدمان الكحول والاكتئاب كما لو كانا ينبعان من سبب واحد. بالنسبة إلى العديد من الأشخاص، ينجح هذا الأمر سواء كان هناك سبب واحد أم لا. يستخدم الممارسون في جامعة كولومبيا العلاج السلوكي المعرفي الفردي من أجل الوقاية من الانتكاس. البرنامج مكتوب وله منهج محدد ويمكن لأي طبيب ممارسته. يوضح ديفيد ماكدويل: «أنه إلى حد كبير شكل من أشكال العلاج الذي يركز على «هنا والآن». تبدأ دورة العلاج النموذجية بأسبوع أو أسبوعين لمعالجة الرغبة الشديدة لدى الشخص ثم تستمر في استكشاف محفزات الانتكاس لديه ومعرفة كيفية التعامل معها».

عولج مؤخرًا إدمان الكحول باستخدام عقار أنتابيوز[47]، وهو عقار يغير استقلاب الكحول ويقلل احتمالية إدمانها. إنه مساعد للانضباط الذاتي؛ فالأشخاص الذين يستيقظون وهم مليؤون بالعزم ولكنهم يجدون أن إرادتهم تضعف عند الظهر غالبًا ما يأخذون عقار أنتابيوس لفرض قرارهم بعدم الشرب. عادة ما يشعر الأشخاص الذين يحاولون التوقف عن الشرب بتضارب كبير، ويساعدهم عقار أنتابيوز على التركيز على الرغبة في التحرر والتعافي بدلًا من الرغبة في مادة مسببة للإدمان. أحد الأطباء الذي يعمل مع متعاطي المخدرات من الطبقات العليا، ومعظمهم من الأطباء والمحامين، جعلهم يكتبون خطابات استقالة لوظائفهم المرموقة ويوقعونها ويقدمونها له؛ بحيث إذا انتكسوا، يرسل هذه الخطابات لأماكن عملهم. وبعض الذين يعملون على علاج الإدمان كانوا يتناولون عقاقير تمنع الآثار المُحببة للمواد التي يتعاطونها، وبالتالي تُدمر الدافع للتعاطي. النالتريكسون، على سبيل المثال، هو مضاد أفيوني يمنع تأثيرات الهيروين المحببة، كما أنه يمنع الكحول من التأثير على الإندورفين، وبالتالي يُدمر الدوافع الأكثر شيوعًا للشرب. إذا كنت تستخدم النالتريكسون، فلن تحصل على أي شكل من أشكال المتعة من المواد التي تتعاطاها. لقد نجح هذا الدواء في مساعدة الناس على كسر أنماط الإدمان لأنه يقوض الرغبة التي تُحفز تعاطي المواد الإدمانية.[48]

إن أقدم إشارة مكتوبة إلى الماريجوانا موجودة في نص صيني عن العلاجات العشبية في القرن الخامس عشر قبل الميلاد[49]، لكن هذه المادة لم تصبح شائعة في الغرب حتى أعادها جيش نابليون من مصر. وكما هو الحال مع الكحول، تتداخل الماريجوانا مع مرحلة نوم حركة العين السريعة (REM). يحتوي الدماغ على مستقبل محدد يستجيب لواحدة على الأقل من المواد الكيميائية العديدة الموجودة في دخان الماريجوانا، التي تتفاعل مع دوائر المتعة والمكافأة في الدماغ. الماريجوانا مثبطة وهي في هذا تحاكي أعراض الاكتئاب، والتوقف عن

تناولها له أعراض انسحابية مزعجة ولكنه ليس مؤلمًا (كما هو الحال مع الهيروين)، ولا قد يهدد الحياة (كما هو الحال مع الكحول)، ولا طويل الأمد (كما هو الحال مع الكوكايين)، ولذلك غالبًا ما توصف بأنها مادة غير مسببة للإدمان. الماريجوانا تثبطك ويمكن استخدامها كدواء مضاد للقلق. كما يمكنها أن تساعد في حالات الاكتئاب الاهتياجي. لكن نظرًا لأن الماريجوانا غير متاحة بشكلٍ قانوني، فمن الصعب التحكم في الكميات والنسب التي تُتناوَل بها؛ ولأن الأوراق الجافة المدخنة أو المحللة حراريًّا تحتوي على نحو أربعمائة مركب، وتأثير معظمها غير معروف، فإن التأثيرات ليست نقية. إن استخدام الماريجوانا من حين لآخر من قِبل شخص غير مدمن للتخلص من الاكتئاب المضطرب للغاية لا يمكننا أن نطلق عليه أنه أسلوب غير معقول للعلاج الذاتي. وعلى الرغم من أن الكثير من العمل يجري الآن بشأن الاستخدامات الطبية للماريجوانا، فإن هذه الدراسات لم تركز حتى الآن على استخدامها في الأمراض النفسية. يقول ماكدويل إن استخدام الماريجوانا بانتظام يصبح مثبطًا ومضادًا للتحفيز و«يُحدِث تغيرات معرفية عصبية حقيقية قد تكون دائمة من الناحية الفسيولوجية إذا كنت تتعاطاها بكثرة». كما تحمل الماريجوانا بالطبع كل سُمية السجائر، مما يسبب ضررًا كبيرًا للرئتين.[50]

*　　　　*　　　　*

المخدرات القوية هي تلك التي تسبب نسبة عالية من الأضرار والأعراض المرضية؛ فالكافيين على سبيل المثال مُنبه وكذلك الكراك، ولكن الكراك يُصنف على أنه مخدر قوي لأنه أكثر إدمانًا ولأن له تأثيرًا مفاجئًا على الدماغ. من المرجح أن تصبح المخدرات القوية مُسببة للاكتئاب؛ ويرجع ذلك جزئيًّا إلى أنها غير قانونية ويمكن أن يؤدي الحصول عليها إلى تدمير حياتك، وجزئيًّا لأنها باهظة الثمن، وجزئيًّا لأنها عادة ما تكون غير نقية، وجزئيًّا لأن الأشخاص الذين يتعاطونها يميلون إلى تعاطي الكحول أيضًا، وجزئيًّا بسبب الطريقة التي تؤثر بها على الجهاز العصبي المركزي. يعاني أقارب الأشخاص الذين يتعاطون المنشطات والمنبهات معدلاتٍ عالية من الاكتئاب.[51] ويبدو أن هذا يشير إلى أن الاستعداد الوراثي للاكتئاب قد يسبق تعاطي الكوكايين والمنشطات الأخرى. فقط نحو 15% من الأشخاص الذين يجربون الكوكايين يصبحون مدمنين عليه[52]، ولكن بالنسبة إلى أولئك المعرضين للإدمان، فإن الكوكايين هو أكثر المخدرات إدمانًا على الإطلاق. اتضح في بعض التجارب أن بعض فئران المختبر تُفضل اختيار المنشطات الشبيهة بالكوكايين على الطعام أو الجنس، وإذا سُمِح بها بكميات غير محدودة، فسوف تستخدم هذه المنشطات حتى تموت من الإنهاك الجسدي.[53]

الكوكايين هو مضاد للاكتئاب باهظ الثمن ويسبب انهيارًا شديدًا يصل عادةً إلى أسوأ نقطة له بعد نحو ثماني وأربعين إلى اثنتين وسبعين ساعة من النشوة.[54] يقول ديفيد ماكدويل: «إنه عقار قذر يؤثر على كل شيء. وهو يستنزف باستمرار مخازن الناقلات العصبية لديك.

مما يؤدي إلى انهيارك». تتميز النوبة بمشاعر شديدة من الإثارة والاكتئاب والتعب. يبدو أن اندفاع الدوبامين الذي يُطلق عند تعاطي الأمفيتامين أو الكوكايين يستنزف في الواقع مخزون الدوبامين[55]، مما يؤدي إلى انخفاض مستويات الدوبامين في الدماغ. يقول هربرت كليبر من جامعة كولومبيا: «لو كان الانهيار سيئًا بما يكفي، لما استخدم أحد الكوكايين؛ وإذا كان الانهيار خفيفًا بما يكفي، فلن يكون استخدامه به مشكلة. إن تلك النوبة من المشاعر السيئة على وجه التحديد هي التي تؤدي إلى كل التعزيز السلبي، وهو ما يجعل الناس يائسين ويرغبون في تناوله مجددًا». كلما زاد إدمانك، قلت المتعة التي تشعر بها، وزاد الألم في أعقاب المتعة. يبدو أن الكوكايين والأمفيتامينات يؤثران سلبًا على العديد من أنظمة الناقلات العصبية، ليس فقط الدوبامين ولكن أيضًا النورإبينفرين والسيروتونين. ومع ذلك، لدى بعض الأشخاص، يمكن أن تستمر الرغبة الشديدة في تعاطي المخدرات لعقود من الزمن بعد التوقف عن تناولها.[56]

يؤدي استمرار تعاطي الكوكايين إلى تفاقم أعراض الاكتئاب. إن دورة العلاج بمضادات الاكتئاب لمدة عشرة أسابيع غالبًا ما تساعد الشخص الذي يريد التخلص من الكوكايين خلال الفترة الممتدة من الآثار السلبية بعد التعاطي[57]، ولكن اعتمادًا على الظروف الأساسية والأضرار العصبية، قد يتطلب الاكتئاب علاجًا دائمًا. قد يؤدي الاستخدام المنتظم للكوكايين أو الأمفيتامينات إلى إلحاق ضرر دائم بأنظمة الدوبامين في الدماغ[58]، مما يؤدي إلى حالة اكتئاب فسيولوجي طويلة الأمد. الكوكايين هو أحد المواد التي يمكن أن يُطلَق عليها مُعززات الاكتئاب طويلة الأمد. يبدو أنه يغير عمل آليات القلق في الدماغ عن طريق تغيير مستويات عامل إطلاق الكورتيكوتروبين[59] (CRF). ليس من الواضح ما إذا كان لدى الدماغ ما يكفي من المرونة للتعافي من مثل هذه التغييرات، أو متى يمكنه ذلك. يبدو أن بعض الأدمغة قادرة على التعويض بشكل أفضل من غيرها. إن الدماغ الذي لديه القدرة على تجربة الاكتئاب الشديد الذي يتلقى مضادات الاكتئاب هو عضو متوازن بشكل جيد. إن أجزاء الدماغ التي تشارك في الإدمان وتعاطي المخدرات تشارك أيضًا في تنظيم الحالة المزاجية، وهي وثيقة الصلة بالاضطراب العاطفي. إن استنفاد احتياطيات الدوبامين والتلاعب بعامل إطلاق الكورتيكوتروبين في مثل هذا الدماغ يعد ككارثة. إذا كان لديك أي ميل على الإطلاق نحو الاكتئاب، فلا تستخدم الكوكايين؛ إذ بغض النظر عن مدى شعورك بالمتعة في أثناء اندفاعه الأولي داخل جسدك، فسوف تشعر بالسوء التام بعد ذلك، وسيكون شعورًا فظيعًا بحيث لا تعوضه أي متعة.

لقد تناولت الكوكايين ووجدته غير ساحر عندما كنت في الكلية. ثم جربته مرة أخرى بعد عقد من الزمن، وكانت تجربة مختلفة تمامًا ربما بسبب التقدم في السن؛ ربما بسبب أن دماغي كان أكثر ضعفًا في أعقاب اكتئابي؛ وربما بسبب مضادات الاكتئاب التي أتناولها. إنه يمنحني نوعًا من الطاقة المبهجة والحيوية الجنسية والشعور بقوة الأبطال الخارقين، مما يمنحك إجمالًا شعورًا رائعًا. وصلت إلى نقطة لم أتمكن فيها حتى من تكوين جمل متماسكة، ولم

أمانع إذا لم أستطع فعل ذلك مرة أخرى. لقد جعلني أشعر أن جميع الإجابات على مشكلات الحياة كانت بسيطة ومباشرة. إن تناول نسبة عالية من الكوكايين يؤدي إلى تحطيم ذاكرتك بدرجة كافية حتى لا يطاردك الماضي. إن السعادة الكيميائية الناتجة عن جرعة جيدة من الكوكايين تبدو مستقلة بذاتها ودائمة. أستطيع أن أتذكر أنني جلست وأنا أشعر بالخدر في أنفي، وفكرت أنه إذا كان بإمكاني تجميد الحياة في تلك الثانية، فسوف أفعل ذلك وأبقى هنا إلى الأبد. أنا تقريبًا لا أستخدمه أبدًا الآن، لكن فكرة أنني لن أريده أبدًا مرة أخرى هي فكرة سخيفة. لقد وقعت في حب الكوكايين في الدقائق الأولى التي دخل فيها جسدي. فقط الخوف من الإخلال بتوازن عقلي والنوبات السيئة التي تعقبه هما الشيآن الوحيدان اللذان يمنعانني من مطاردة نشوة الكوكايين المذهلة.

تعدُّ المواد الأفيونية أيضًا، وهي فئة أخرى من المواد التي تُتعاطى كثيرًا، خطيرة للغاية جزئيًّا بسبب كيفية استهلاكها؛ وهي مواد مثبطة، مما يعني أنها لا تفعل أشياء عظيمة لعلاج الاكتئاب. ومن ناحية أخرى، فإنها لا تؤدي إلى ذلك النوع من الانهيار اليائس الذي يسببه الكوكايين. ربع إلى نصف متعاطي المواد الأفيونية يعانون الاكتئاب.[60] إن المواد الأفيونية، بما في ذلك الأفيون والهيروين والعقاقير الأخرى مثل ديميرول، تمثل للعقل ما تمثله وضعية الجنين بالنسبة إلى الجسم. فهي تحجب الوقت، بحيث لا تستطيع أن تتذكر من أين تأتي أفكارك، ولا تستطيع معرفة ما إذا كانت جديدة أم قديمة، ولا تستطيع جعلها تتفاعل مع بعضها بعضًا. ينغلق العالم من حولك. يمكن لعينيك رؤية شيء واحد فقط في كل مرة، ويمكن لعقلك أن يحمل فكرة واحدة فقط في المرة، وأنت لا تهتم حقًّا بما تفعله لأن الحاضر أصبح غير مركز ومجزأ، وعادةً ما تكون الذكريات غير مركزة ومتقطعة. يستمر تأثير الأفيون لساعات. إنه يجعلك تشعر بعدم الرغبة في أي شيء. لم أتعاط الهيروين قط، لكني دخنت الأفيون، وفقط بعد تعاطي الأفيون شعرت أنني ببساطة لا أريد أي شيء: سواء أن أحك رأسي، أو أن آكل، أو أن أنام، أو أن أنهض، أو أن أستلقي، أو أن أخطط للمستقبل، أو أن أكون عظيمًا حقًّا. إنه يقتلك عاطفيًّا. إنه يثبط رغبتي الجنسية ويعزلني عن الآخرين، بحيث أستلقي بعينين ضحلتين، وأحدق إلى الفراغ. إنه يثير خمولًا لطيفًا، وكسلًا لا يستطيع الأشخاص المندفعون تجربته بأي طريقة أخرى. كما أنه يستلزم أيضًا نوعًا من غياب الذاكرة على المدى القصير (هل قلت أي شيء لذلك الشخص؟) الذي، عندما يكون قصيرًا، يشكل حالة ممتعة؛ وإذا طال أمده، سيشبه مرض ألزهايمر. بينما أكتب هذا، أستطيع أن أتذكر كيف حرر الأفيون ذهني، مما جعلني أشعر بانعدام الوزن، وأطفو بسلام في الهواء. تصنف المواد الأفيونية على أنها مواد مُثبطة، لكن تأثيرها لا يتمثل في مجرد قمع المشاعر؛ بل إنها تجلب نوعًا من السعادة الذي يأتي من قمع مشاعرك. عند تناول المواد الأفيونية، يمكنك التخلص من الاكتئاب المشوب بالقلق. إن النشوة الأفيونية تجعلك تشعر وكأنك في الفردوس، حيث يكون عدم القيام بأي شيء على الإطلاق كافيًا تمامًا.

يعاني الأشخاص الذين توقفوا عن الهيروين والمواد الأفيونية الأخرى ارتفاع معدل الاكتئاب (سواء لم يستخدموا شيئًا في أثناء فترة الانسحاب أو استخدموا أشياء مثل عقار ميثودان).[61] ويقول أطباء الأعصاب إن هذا يرجع إلى تلف عضوي في الدماغ. ويقول علماء النفس إن السبب في ذلك هو أن هؤلاء الأشخاص كانوا يعانون الاكتئاب في المقام الأول، وقد قادهم الاكتئاب إلى الإدمان. وفي كلتا الحالتين، فإن حالتك المزاجية بعد تعاطي المواد الأفيونية لفترة طويلة لن تكون جيدة. تكون فترة انسحاب المواد الأفيونية مروعة بشكل خاص؛ حيث تكون الرغبة في التعاطي مجددًا قوية للغاية، ويُضعِف الاكتئاب الإرادة، مما يجعل الانسحاب أكثر صعوبة. ومن ناحية أخرى، فإن الهيروين لا يسبب الإدمان إلى حد كبير كما يوحي خطاب «الحرب على المخدرات». في أثناء حرب فيتنام، استخدمت معظم القوات البرية الهيروين، وكان هناك خوف من أنه عند عودتهم، ستضطر الولايات المتحدة إلى خوض معركة رهيبة مع المخدرات. في الواقع، تشير الدراسات إلى أن معظم قدامى المحاربين في فيتنام استخدموا الهيروين مرة واحدة على الأقل منذ عودتهم، لكن نسبة صغيرة منهم فقط يعانون الإدمان المستمر.[62]

تُشكل المهلوسات و«مخدرات الهذيان» (إكستاسي، كيتامين، جاما-هيدروكسي) فئة أخرى من مواد التعاطي. ربما يكون عقاري المفضل (والأقل تفضيلًا) على الإطلاق هو إكستاسي، الذي تناولته أربع مرات فقط. لقد أنقذت إحدى علاقاتي العاطفية من الدمار عندما تناولته وقلت الكثير من الأشياء التي كنت أشعر بها ولكن لم أتمكن من قولها. حظيت بعام آخر من تلك العلاقة، وأتساءل عما إذا كانت يمكن أن تنتهي بزواج سعيد لو كنت أتناول إسكتاسي كل ستة أشهر. أنا شخص مثالي متحمس في ظل أفضل الظروف، وعندما أخذت إكستاسي، أدركت أنني أستطيع إنقاذ العالم وملأني الحماس للقيام بذلك. أبدأ في إغداق كل مَن حولي -بل وأي أحد أصادفه- بحبٍّ هائل، وتُصبح الحلول لجميع مشكلاتي واضحة. ولسوء الحظ، فإن الحلول التي أبتكرها عادة ما تكون غير مُرضية إلى حد ما عندما ينتهي أثر العقار. إذ أكتشف أنه لن يحل لي كل مشكلاتي، وأنني لن أتزوج من العائلة المالكة البريطانية، ولن تكون هناك أي طريقة مناسبة لتحقيق هذا الهدف، ولن تكون فكرة جيدة أن أسمي هذا الكتاب «قصائد من الجانب المظلم» أو «الكتاب الذهبي الصغير للاكتئاب»، وليس لدي المؤهلات اللازمة لأصبح مدرب تزلج محترفًا في الأرجنتين أو في أي مكان آخر. ولكن على الرغم من أن ذلك الوضوح يكون زائفًا، فإن الشعور بالوضوح جميل. يصيبني عقار إكستاسي أيضًا بصداع كبير لمدة ثلاثة أيام، أشعر خلالها بألم في الفك، وجفاف في الفم، ويجعل رأسي يشبه الثورة الفرنسية. أنا عادة لا أُصاب بصداع الكحول أو الأعراض السلبية الشديدة للكحول أو أي مخدرات أخرى، لكن آثار إكستاسي السلبية كانت كافية لمنعي من استخدامه بانتظام.

قراءة الآثار الطبية لإكستاسي تجعلني أشعر بالصدمة. فكرة أنني سمحت لمثل هذه المادة بالدخول إلى جسدي ترعبني. عند تناول الجرعات المستخدمة لأغراض ترفيهية (بين مائة ومائة وخمسين مليجرام)، يؤدي إكستاسي إلى إتلاف محاور السيروتونين في الدماغ

-وهي أجزاء الخلية العصبية التي تربطها بالخلايا الأخرى- في القرود والثدييات الأخرى.[63] وتشير الأدلة بقوة إلى أنه يفعل الشيء نفسه عند البشر. يتسبب العقار بشكل أساسي في إحداث انفجار في السيروتونين والدوبامين، مما يؤدي إلى إطلاق كميات كبيرة من هاتين المادتين ومن ثم إتلاف الخلايا التي يُخزَّنان فيها. وعلاوة على ذلك، فإنه يمنع تخليق المزيد من السيروتونين. المستخدمون المنتظمون للإكستاسي لديهم مستويات أقل من السيروتونين مقارنة بالأشخاص الآخرين، وأحيانًا أقل بنسبة تصل إلى 35%.[64] أبلغ الباحثون عن أن تناول جرعة واحدة من العقار قد أدى في بعض الأحيان إلى مرض نفسي دائم، وهو ما يحدث أحيانًا على الفور، وأحيانًا بعد سنوات. إن الأشخاص المصابين بالاكتئاب ليسوا في وضع يسمح لهم بخفض مستويات السيروتونين لديهم، وبالتالي يجب عليهم الحذر من هذا العقار بأكبر قدر ممكن. يقول ديفيد ماكدويل من جامعة كولومبيا: «إذا تناولت الكثير منه على مدى فترة طويلة، فقد يدمر قدرتك على الشعور بالسعادة؛ ويمكن أن يسبب على المدى الطويل الآثار الضارة التي يسببها الكوكايين على المدى القصير. إذ يحبه الصغار وكلما زاد سنهم أدركوا آثاره الكارثية شيئًا فشيئًا وخافوا منه. يمكن أن يصبح الكحول أفضل صديق لك، لكن الإكستاسي لا. خوفي الحقيقي هو أن الكثير من الأشخاص الذين استخدموا الكثير منه في العقدين الماضيين سوف يعتقدون أنهم بخير، وبعد ذلك عندما يبلغون الخمسين، سوف يتدهورون بشدة. أما مرضى الاكتئاب الذين يستخدمونه أقول لهم: بعد عشرين عامًا، هل تريدون أن تتناولوا ثلاثة أدوية أم عشرة؟».

ربما تكون البنزوديازيبينات -فاليوم، وزاناكس، وكلونوبين- وأبناء عمومتها أمبيان وسوناتا أكثر الأدوية المحيرة على الإطلاق؛ فهي تسبب الإدمان وهي مفيدة في علاج المشكلات النفسية.[65] إنها فعالة جدًّا ضد القلق، ولكن نظرًا لوجود قدر كبير التأثير الإدماني بينها وبين الباربيتورات أو الكحول، فلا ينبغي عادةً وصفها للأشخاص الذين من المرجح أن يتعاطوا تلك المواد. تعتبر البنزوديازيبينات أداة فعالة قصيرة المدى للتعامل مع شيء يحتاج إلى حل فوري وكذلك حل طويل الأمد. تتمثل الفكرة في الحصول على أدوية أخرى تسمح لك بالتقليل التدريجي من البنزوديازيبينات ثم استخدامها فقط لأغراض تنظيمية، للمساعدة في الأيام التي يحتاج فيها الشخص إلى المساعدة بشكل خاص. إن تناول البنزوديازيبينات يوميًّا على المدى الطويل أمر غير حكيم وخطير.[66] إن أنواع البنزوديازيبينات التي تُباع في أغلب الأحيان في الشوارع هي أنواع قصيرة المفعول، تسمى «مخدرات الاغتصاب» لأنها تسبب حالة من التبلد المؤقت الذي لا يستطيع فيه الشخص بالضرورة التعبير عن نفسه أو الدفاع عنها.[67] لكن بشكل عام، يساء استخدام البنزوديازيبينات من قِبل الأشخاص الذين توصَف لهم. يجب عليك دائمًا أن تفكر مرتين قبل أن تتناول البنزوديازيبينات، وإذا وجدت نفسك بحاجة إلى جرعات متصاعدة، فيجب عليك معرفة السبب. إن إخفاء الأعراض باستخدام البنزوديازيبينات يُشبه تناول مضادات الحموضة لعلاج سرطان المعدة.

أنا من أشد المعجبين بالبنزوديازيبينات لأنني أعتقد أن زاناكس أنقذ حياتي عندما خفف من قلقي الجنوني. لقد استخدمت زاناكس وفاليوم للنوم عندما كنت في فترات مضطربة. وقد مررت عشرات المرات بأعراض انسحاب ناتجة عن توقف استخدامهما. من المهم استخدام البنزوديازيبينات فقط لغرضها الأساسي، وهو تهدئة القلق؛ وهي ستفعل هذا بشكل مستدام ومتسق إلى حد كبير. عندما يكون قلقي مرتفعًا، أحتاج إلى المزيد منها؛ عندما يكون خفيفًا، أحتاج إلى أقل. ومع ذلك، فأنا على دراية بمخاطر هذه العقاقير. لقد قمت بغزوات قليلة لتعاطي المخدرات، لكنني لم أدمن أي شيء على الإطلاق حتى وُصِف عقار زاناكس لي. توقفت عن تناول الأدوية فجأة في نهاية رحلتي الأولى مع الاكتئاب. لم تكن استراتيجية جيدة. كانت أعراض الانسحاب من زاناكس -الذي كنت أتناوله بناءً على نصيحة الطبيب لعدة أشهر بمعدل 2 مليجرام في اليوم في المتوسط- فظيعة. ولمدة ثلاثة أسابيع على الأقل بعد أن توقفت عن تناول زاناكس، لم أستطع النوم بشكل صحيح، وشعرت بالقلق والتردد بشكل غريب. كما شعرت طوال الوقت وكأنني تناولت عدة جالونات من الكونياك الرخيص في الليلة السابقة. وكانت عيناي تؤلمانني وأعاني اضطرابًا في المعدة. وفي الليل، عندما لم أكن نائمًا حقًّا، كانت تراودني كوابيس مرعبة لا تتوقف، وكنت أظل جالسًا وقلبي ينبض بشدة.

توقفت عن استخدام عقار زيبركسا، الدواء الذي أنقذني من الانهيار البسيط، بعد أسابيع قليلة من انتهائي من مسودة هذا الكتاب، وتعرضت لنوبة أخرى من أعراض الانسحاب الحادة. كان الدافع وراء هذا القرار هو حقيقة أن زيبركسا قد جعلني أكتسب سبعة عشر رطلًا في ثمانية أشهر فقط، لكن بينما كنت أتوقف عن تناول الدواء، شعرت بشعور فظيع لا يوصف. كان نظام الدوبامين لدي مضطربًا، وكنت قلقًا ومنعزلًا ومرهقًا. شعرت وكأن هناك عقدة في بطني مشدودة مثل حبل المشنقة حول معدتي. لو لم يكن لدي أمل في التحسن، لكنت فكرت في الانتحار. كان الشعور المروع الذي شعرت به أسوأ مما أتذكره. ظللت أضغط على بطني وأسأل نفسي لماذا كنت بهذا الغباء، لماذا انزعجت من زيادة الوزن. تساءلت عما إذا كان بإمكاني التحكم في وزني في أثناء استخدام زيبركسا عن طريق القيام الكثير من تمارين البطن كل يوم لساعات طويلة، لكنني كنت أعلم أنه عندما أستخدمه، أفتقر إلى الحافز للقيام بأية تمارين ولو حتى لعشر دقائق يوميًّا. أدى التوقف عن تناول زيبركسا إلى تضخيم كل مشاعري، تمامًا كما يمكن أن تتحول مقطوعة موسيقية ممتعة فجأة إلى مقطوعة مزعجة ومشوهة عندما يُرفَع مستوى الصوت للغاية. كان الأمر جحيمًا. لقد تحملت هذا لمدة ثلاثة أسابيع بدت وكأنها ثلاث سنوات. وعلى الرغم من أنني لم أعان انهيارًا، فإنني شعرت بالإحباط الشديد بحلول نهاية الأسبوع الثالث لدرجة أنني فقدت الاهتمام باكتشاف ما إذا كان جسدي قادرًا على إعادة نظام الدوبامين لدي إلى طبيعته. لقد اخترت أن أكون بدينًا وأعيش بدلًا من أن أكون نحيفًا وبائسًا. أجبرت نفسي على التخلي عن الحلويات التي كنت أحبها دائمًا وممارسة التمارين الرياضية لمدة تسعين دقيقة كل صباح، واستقررت على وزن لم يرضِني. خفَّضت

تدريجيًّا جرعة زيبركسا إلى النصف وسرعان ما فقدت عشرة أرطال. ولمواجهة نقص الطاقة الناجم عن زيبركسا، أدخل الطبيب دواء ديكسيدرين في نظامي الدوائي. حبة أخرى؟ ولم لا. لا أتناولها إلا عندما أكون في أسوأ حالاتي.

لم أعد أتناول عقار زاناكس بانتظام، ولكن هل أنا مدمن على المزيج الصغير من مضادات الاكتئاب -إيفكسور، وويلبوترين، وبوسبار، وزيبركسا- الذي سمح لي بكتابة هذا الكتاب؟ هل أنا معتمد عليهم؟ النسخة الأكثر حدة من هذا السؤال هي ما إذا كانت الأدوية التي كنت أتناولها ستظل جميعها قانونية. طُوِّر الهيروين في الأصل من قِبل شركة باير كدواء للسعال[68]، وحصل علماء الأدوية في ألمانيا على براءة اختراع لعقار إكستاسي قبل الحرب العالمية الأولى.[69] تنتقل العقاقير بانتظام من عالم الطب إلى عالم التعاطي والعكس صحيح. يبدو أننا نؤيد حاليًّا أي دواء لا يؤدي إلى عجز المرء عن عيش حياته والاضطلاع بمهامه. أفكر في التأثير الذي أحدثه زيبركسا في جولتي الأخيرة من المعارك مع الاكتئاب. ما الذي يفعله حقًّا داخل عقلي؟ إذا كان التوقف عن استخدام زيبركسا قد سبب لي كل تلك الأعراض الانسحابية المزعجة، فهل هو دواء أصبح جسدي يعتمد عليه؟ كيف سيكون رد فعلي إذا أخبرني أحدهم أنه في أعقاب الاكتشافات الأخيرة، نُقِل زيبركسا إلى معسكر الأعداء في الحرب ضد المخدرات؟

جادل مايكل بولان في مجلة نيويورك تايمز أنه في الواقع لا يوجد أساس ثابت حقًّا للإعلان عن قانونية أو عدم قانونية المواد، وكتب[70]: «وسائل الإعلام مليئة بإعلانات الأدوية التي لا تَعِد فقط بالتخفيف من الألم ولكن أيضًا بالمتعة وحتى الإشباع؛ ومن ناحية أخرى، تعمل الآلة الإعلامية بالقدر نفسه من الجهد لشيطنة مواد أخرى نيابة عن «أمريكا خالية من المخدرات». وكلما زاد إنفاقنا على هوسنا بالعقاقير الجيدة (عشرون مليار دولار على العقاقير الطبية ذات التأثير النفساني في العام الماضي)، أنفقنا في محاربة العقاقير الخبيثة (سبعة عشر مليار دولار في العام نفسه). نحن نكره العقاقير ونحبها في الوقت نفسه. أم أننا نكره حقيقة أننا نحبها؟» من حيث المبدأ، يؤدي تعاطي المخدرات غير المشروعة والإدمانية إلى مزاحمة جميع الأنشطة الأخرى، في حين أن الأدوية المضادة للاكتئاب تجعلك تعمل وتؤدي بشكل أفضل مما كنت ستفعله دونها ولا تسبب ضررًا طويل الأمد. في المقابل، يعلق ويليام بوتر، الذي كان يدير سابقًا قسم علم الأدوية النفسية في المعهد الوطني للصحة النفسية، قائلًا: «لقد أصدرنا حكمًا بأن الأدوية التي تمنعك من الشعور بالاستجابة العاطفية المناسبة غير مقبولة. ولهذا السبب يعتبر الكوكايين غير قانوني، لأنه يمكن أن يمنع الأفراد من التعرف على العلامات التحذيرية والتهديدات، مما يؤدي إلى عواقب ضارة من الارتفاعات المفرطة. لذا فأنت تدفع ثمن الانتشاء. هذا ليس خطابًا وعظيًّا. هذا فقط ما ألاحظه». يقول ستيفن هايمان: «لا أحد يشعر برغبة شديدة في تناول زولوفت. لن يقتل المرءُ أحدًا أبدًا للحصول على زولوفت». كما أنه لا ينتج نشوة أو استرخاء زائدًا. لا يتحدث المرء عن مريض السكر على أنه مدمن على الأنسولين. ربما يكون تركيز مجتمعنا على الإشباع المؤجل شديدًا إلى الحد الذي يجعلنا نفضل ببساطة تلك

العقاقير التي تجعلك تشعر بالسوء أولًا (الآثار الجانبية) ثم التحسن (التأثيرات المزاجية) على العقاقير التي تجعلك تشعر بالتحسن (النشوة) ثم السوء (الصداع الكحولي والآثار اللاحقة للعقاقير الإدمانية)؟ ومع ذلك، هل الجيل الجديد من مضادات الاكتئاب منشطات ابتنائية للدماغ؟ تساءل الطبيب النفسي بيتر كرامر، في كتابه الشهير «الاستماع إلى بروزاك»، عما إذا كان الأشخاص الذين يتناولون هذه الأدوية يتمتعون بميزة غير عادلة، وبالتالي يخلقون ضغطًا على الآخرين لتناولها. فهل تعيد إنتاج تأثير الحداثة، التي لم تكن تهدف إلى منح الناس وقت فراغ، بل إلى رفع التوقعات وتسريع الحياة؟ هل نحن على وشك صنع سلالة من السوبرمان؟

من المؤكد أنه من الصعب التخلي عن الأدوية المضادة للاكتئاب؛ لقد حاولت خلال عامين التخلص من زيبركسا ثلاث مرات وفشلت في كل مرة. قد يكون إبعاد الأشخاص عن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية أمرًا صعبًا للغاية. هذه الأدوية ليست مُخدرة، ولكنها تجعلك تشعر بتحسن ولديها الكثير من الآثار الجانبية الضارة؛ صحيح أن معظمها ضار بالفرد وليس المجتمع، ولكنها ضارة بشكل واضح. أشعر ببعض القلق بشأن حالتي العامة من الصحة النفسية، وأبذل قدرًا كبيرًا من الاهتمام بإعادة ضبط كيمياء دماغي، فأنا مرعوب من العودة إلى الهاوية، ولا يوجد أي تحسن يستحق كل هذا العناء. أنا لا أثق في العقاقير الترويحية لدرجة أنني لا أستمتع بها كثيرًا هذه الأيام. ولكن في المناسبات النادرة التي كنت أتناولها فيها وأشعر بالنشوة، كان عليَّ أن أقارن هذا الشعور المذهل مع تأثير الأدوية الموصوفة لي التي أعتمد عليها الآن. أتساءل عما إذا كان التعديل الدائم لشخصيتي إلى مستوى أعلى قليلًا يشبه إلى حد ما الانتشاء المبتهج. أنا في الواقع أكتب بشكل جيد جدًّا عندما أكون في حالات منتشية؛ فقد كتبت بعض الفقرات الرائعة في نهاية ليلة من الشرب، ونسجت بعض الأفكار العميقة عندما كان ذهني يُحلق عاليًا بفعل تأثير الكوكايين. من المؤكد أنني لا أريد أن أكون في أيٍّ من الحالتين طوال الوقت، لكنني أتساءل أي شخصية وصفات كنت سأختارها لنفسي إذا كان ذلك ممكنًا. بالتأكيد سأود أن تتحسن عما هي عليه الآن. أرغب في الحصول على طاقة لا حدود لها، ودقة حادة، ومرونة واضحة، مثل واين جريتسكي. إذا وجدت عقارًا يمنحني تلك الخصائص، فهل سيكون بالضرورة عقارًا غير مشروع؟ لقد قيل الكثير عن حقيقة أن الأدوية المضادة للاكتئاب لا توفر راحة فورية، في حين أن المواد التي تُتعاطى غالبًا ما تمنحك النشوة المرغوبة بسرعة كبيرة. هل هي ببساطة سرعة التأثير التي تزعجنا إلى هذا الحد؟ إذا ابتكر شخصٌ ما مادة يمكن أن توفر هذه الصفات دون استنزاف الناقلات العصبية، ودون أن تؤدي إلى انهيار، وبدلًا من ذلك سمحت لي بالعمل مثل واين جريتسكي ما دمت أستخدمها كل خمس ساعات، فهل تعتبر غير قانونية بالضرورة؟

من وجهة نظري، أصبحت معتمدًا على الأدوية. وعلى الرغم من أن الأدوية باهظة الثمن، فإنها يمكن الوصول إليها بسهولة وبشكل مستمر. لذا لا مانع لدي من اعتمادي عليها، وأدرك

أن هذا الاعتماد يشبه الإدمان، لكن ما دامت تعمل بفاعلية، يسعدني أن أتناولها. أحمل الحبوب في جيبي طوال الوقت كل يوم، حتى أتمكن من تناولها في حالة عدم تمكني لسبب ما من العودة إلى المنزل في إحدى الليالي. وآخذ عبوات كاملة من الأدوية معي على متن الطائرات بحيث إذا اختُطِفت واحتُجِزت، يظل بإمكاني الوصول إلى أدويتي وتناولها. تتذكر جانيت بنشوف وضعها في السجن في جزيرة جوام واتصالها بطبيبها النفسي من السجن. «لقد كان يشعر بالقلق من إصابتي بالاكتئاب في السجن، ناهيك بأعراض الانسحاب، وكان يحاول جاهدًا إيصال مضادات الاكتئاب بالداخل من أجلي. كان الأمر هستيريًّا. وكنت في حالة هستيرية أيضًا».

أتناول نحو اثنتي عشرة حبة يوميًّا لأحافظ على نفسي من الانزلاق إلى أعماق الاكتئاب. بصراحة، إذا تمكنت من تحقيق التأثير نفسه مع كأسين جيدتين من المشروبات الكحولية (وأعرف أشخاصًا يستطيعون ذلك)، فسيكون ذلك بديلًا مُرضيًا تمامًا، ما دام أنه لا يتحول إلى ثلاث كؤوس أو أربع أو ثماني كؤوس، وهو ما يحدث عادة إذا كنت تحارب الاكتئاب. قد يكون الاعتماد على الكحول مقبولًا اجتماعيًّا تمامًا حتى لو كان يتعارض مع نوم حركة العين السريعة. لقد أُعجبت ذات مرة بشخص أعرفه، كان يصيح في الساعة السادسة صباحًا وهو يصب الويسكي: «كل ذرة في كياني تشتهي الكحول». لقد نظم حياته لتتناسب مع عاداته المسائية، وأعتقد أنها كانت حياة سعيدة. ومع ذلك، عندما زار ذات مرة منزلًا لطائفة المورمون حيث لم يكن الكحول متاحًا، بالكاد تمكن من قضاء الأمسية. سيكون من الغباء جعل مثل هذا الشخص يتناول دواء بروزاك بدلًا للكحول. بالنسبة إلى المواد الأخرى، غالبًا ما يخلق القانون مشكلة بدلًا من أن يسيطر عليها؛ أو كما قال كيث ريتشاردز: «ليس لدي مشكلة مع المخدرات؛ لدي مشكلة مع الشرطة».(71) لقد عرفت أشخاصًا استخدموا الماريجوانا وحتى الكوكايين بطرق منضبطة حقًّا أدت إلى تحسين حالتهم الذهنية ونفسيتهم. يصف كتاب آن مارلو «كيف توقف الزمن: الهيروين من الألف إلى الياء» بشكل مقنع التأثير المعقول والمقنن على الحالة المزاجية باستخدام الهيروين. لقد تعاطت الهيروين وتوقفت عنه لسنوات عديدة دون أن تصبح مدمنة عليه.

المشكلة الكبرى في علاج المرء لذاته بتعاطي المخدرات، هي أسوأ كثيرًا من مجرد اختيار المخدرات غير المناسبة، فهي غالبًا ما تكون غير كفء وغير مدروسة. يقول ديفيد ماكدويل من جامعة كولومبيا: «أتعامل مع متعاطي الكوكايين السيئين؛ أي الأشخاص الذين يتعاطون الكوكايين بقيمة مائة وخمسين دولارًا يوميًّا على الأقل اثنين وعشرين يومًا في الشهر. وهم لا يحبون فكرة الدواء ويعتقدون أنها تبدو غير طبيعية، على عكس ما يحصلون عليه من تاجر المخدرات! هذه المواد لا تخضع للرقابة وغير موثوقة على الإطلاق».

العديد من الأشخاص المذكورين في هذا الكتاب واجهوا مشكلات كبيرة مع تعاطي المخدرات، والعديد منهم ألقى باللوم عليها في مسألة الإصابة بالاكتئاب. كانت تينا سونيجو

صريحة بشكل غير عادي فيما يتعلق بالتفاعل بين المشكلتين. إنها امرأة تتمتع بحيوية غير عادية، وحس فكاهي، وقوة جبارة. على مدار ثلاث سنوات، وخمسين رسالة، وعشرات من رسائل البريد الإلكتروني، خلقت علاقة حميمة معي من خلال الكتابة. لقد بدأت في «نحت مزاجها القاتم على الورق»، كما وصفته، وكانت النتيجة مجموعة رائعة من الوثائق عن تحسن وتدهور مزاجها. إن صراعاتها مع التدمير الذاتي والإدمان والاكتئاب مرتبطة بعضها ببعض بشكل وثيق لدرجة أنه يكاد يكون من المستحيل معرفة أين ينتهي أحدها ويبدأ الآخر.

تعمل تينا سونيجو مضيفة طيران لشركة طيران دولية تنقل المدنيين أحيانًا والعسكريين في أحيان أخرى. لقد أمضت حياتها تحاول أن تكون لطيفة بما يكفي مع الناس حتى يحبوها. تقول: «أنا مرحة، وصاخبة، ولطيفة، ومثيرة؛ أنا كل ما تريد أن تكون عليه المضيفة. أكوِّن روابط عاطفية سعيدة تمامًا مع الركاب، لمدة ثماني ساعات، ثم يرحلون». إنها في منتصف الأربعينات من عمرها، وأسلوبها المتفائل يتناقض مع صراعها الدائم مع الاكتئاب وإدمان الكحول. إنها تتمتع بذهن حاد، لكن «الذكاء لم يكن موجودًا في عائلتي؛ لم يفكر أحد حتى فيه من قبل»، وبما أنها تعاني عسر القراءة، فإنها لم تتجاوز المدرسة الثانوية مطلقًا. كانت جدتها خادمة يُنتَظَر منها أن تقدم خدمات جنسية لصاحب عملها في المغرب؛ وكان جدها صانع أثاث وكان يزرع الحشيش هناك للتصدير. وُلدت من الجيل الأول من المهاجرين من كلا الجانبين ونشأت في حي مغربي في كاليفورنيا، وكانت تتحدث مزيجًا من الفرنسية والإسبانية والعربية في المنزل. لم يكن للمرض النفسي مكان في هذا العالم. «كنت أطرح أسئلة ليس لها مكان في منزلنا. لذلك تعلمت التمثيل، وأصبح لدي شخصية خارجية حتى لا يرى أحد المرأة الحزينة الكارهة لذاتها بداخلي. لقد انقسمت إلى نصفين. والاكتئاب هو ما حدث عندما انقسمتُ إلى اثنين». كان والد تينا متقلب المزاج، وربما مصابًا بالاكتئاب، وكان يجب حمايته من أي شيء مزعج؛ ومن ناحية أخرى، واجهت والدتها صعوبة في تقديم الدعم العاطفي على الرغم من حاجتها هي نفسها إلى تلقِّيه. قالت لها أمها منذ سنوات: «عزيزتي، لا أستطيع أن أجعل نفسي أكثر حساسية فقط من أجل أن أفهمك». وكانت أختها تُشبه أمها في ذلك. «كنت أشاهد أحد المسلسلات على التلفاز معها منذ سنوات قليلة، وقلت لها: من هذه الشخصية؟ فأخبرتني بكل ما حدث في حياة تلك الشخصية طوال الأعوام العشرين الماضية. في حين أنها لا تعرف حتى الرجل الذي أواعده. لقد نشأت وأنا أعتقد أنني بضاعة تالفة». بعد وفاة والد تينا، تزوجت والدتها مرة أخرى. تعشق تينا زوج والدتها وتنسب له الكثير من الفضل في صحتها الجيدة نسبيًّا اليوم.

أُصيبت تينا بأول انهيار كامل لها عندما كانت في التاسعة عشرة من عمرها، حيث كانت مسافرة إلى إسرائيل وتخطط لتأليف كتاب عن الكيبوتسات. وتعين على أختها أن تأتي وتنقذها وتعيدها إلى المنزل. وبعد سنوات قليلة، قررت الانتقال إلى روما لتكون مع رجل تحبه، وعندما وصلت «تبلَّدت المشاعر في علاقاتنا، وأصبح الجنس ضربًا من المستحيل، ولم

يكن لدي حتى ما أقوله». غرقت في اكتئابٍ آخر. ومثل العديد من المصابين بالاكتئاب الذين يتعاطون المخدرات، عانت كراهية الذات الحادة وانجذبت إلى المجرمين الذين كانوا يعاملونها بعنف. وبعد سنوات قليلة من حادثة روما، تزوجت برجل دنماركي وانتقلت إلى كوبنهاجن. واستمر ذلك أقل من عامين. وبعد مقتل صديقة زوجها السابقة، استُجوِبَت هي وزوجها بشكل مطول. وعلى الرغم من إطلاق سراحهما، فإن زواجها دُمِّر؛ حيث طردها زوجها وتعرضت لانهيار آخر. وكان عملها في ذلك الوقت هو نقل الجنود إلى عملية عاصفة الصحراء. كانت في توقف مؤقت في روما، وفجأة وجدت أنها لا تستطيع الاستمرار. «ما زلت أتذكر تلك اللحظة. طلبت سلطة دجاج وشعرت وكأن مذاقها مثل الطباشير. كنت أعرف أنني مكتئبة. وساءت حالتي سريعًا، وذلك عندما بدأت حقًّا الشرب. لقد فعلت كل شيء لأدمر نفسي. كنت أشرب إلى أن أفقد وعيي وعندما أستفيق أكرر الأمر مرارًا وتكرارًا. لقد تركت دائمًا ملاحظات انتحارية من قبيل: إذا لم أستيقظ، اتصلوا بأمي. كنت أستخدم الكحول لقتل نفسي. لقد كان أسهل عقار عرفته. كان رخيص الثمن، ويمكن الوصول إليه بسهولة، ويتقبله الناس».

دخلت مستشفى للأمراض النفسية في كارولينا الجنوبية، الذي كان «مثل منطقة احتجاز، حيث كان من المفترض أن يحاولوا علاجك، لكن لم يحظ الأشخاص المكتئبون قط بأي اهتمام لأننا لم نحدث ضجيجًا مثل المجانين الآخرين. شعرت وكأنني كتكوت صغير سيدهسني الناس، شعرت وكأن السماء كانت ستسقط. تبًّا للقلق! القلق في حالة الاكتئاب هو الشعور وكأن لديك سرًّا فظيعًا، وسيكتشفه الجميع، وأنت لا تعرف حتى ما هو السر. تناولت مضادات الاكتئاب وبعض الأدوية الأخرى وخلطتها بالكحول في محاولة للتغلب على القلق. أصيبت بتشنجين كبيرين نتيجة لذلك وانتهى بها الأمر فاقدة للوعي لمدة ثلاثة أيام في مستشفى آخر».

بالنسبة إلى تينا، لم يكن الاكتئاب خدرًا وتبلدًا بل ألمًا. «شعرتُ وكأنني إسفنجة مملوءة بالعاطفة، ثقيلة ومنتفخة. ولم أصمت في ألمي. كنت أبقى مستيقظة طوال الليل أكتب رسائل إلى الله في الظلام. لم أُولد لأكون سعيدة، أو مبتهجة أو حرة. إنني بطبيعتي أميل نحو الاكتئاب. عندما كنت طفلة صغيرة، كانت والدتي تقول لي: «ابتهجي أو اذهبي إلى غرفتك بهذا الوجه العبوس». لم أكن أتعمد أن أفعل ذلك. إنها طبيعتي وما أنا عليه». غالبًا ما يكون التفاعل مع الآخرين مؤلمًا للغاية بالنسبة إلى تينا سونيجو. «المواعدة، بالنسبة لي، كانت الشيء الأكثر إيلامًا الذي خلقه الله على الإطلاق. كنت أصاب بالغثيان لدرجة أنني كنت أتقيأ في كثير من الأحيان. لقد تزوجت هربًا من الألم. كنت أشعر بالألم الشديد لأنه لم يكن يعرض عليَّ أحد الخروج للمواعدة». وسرعان ما تزوجت تينا سونيجو بزوجها الثاني، وهو ماليزي يعيش في الولايات المتحدة واجه مشكلات قانونية وعاد إلى وطنه. تبعته إلى منزل والدته الإسلامي المحافظ. وكانت القيود ببساطة أصعب من أن تتحملها. «لقد تفاقم الانهيار بسرعة عندما كنت هناك؛ وملأني الحنين إلى الوطن أكثر من أي وقت مضى منذ عشرين عامًا».

عند عودتها إلى الولايات المتحدة، واصلت الشرب. كانت هذه هي الطريقة الوحيدة التي يمكنها أن تجدها للتحكم في القلق الشديد. كانت تذهب دوريًّا إلى مركز لإعادة التأهيل وتتعافى جزئيًّا لفترة قصيرة. وقد خضعت لحد الآن لعملية إعادة تأهيل واسعة النطاق أربع مرات. لم يكن تأمينها يغطي علاج الإدمان، لكنها كانت قادرة على استخدام تشخيص الصحة النفسية لتغطية النفقات. تقول «برنامج إعادة التأهيل كان هو ملاذي الأخير».

ذهبت تينا سونيجو إلى أول اجتماع لها في منظمة مدمني الكحول المجهولين منذ نحو عقد من الزمن، وكان البرنامج يُعَد المنقذ لحياتها، وتصفه بأنه المكان الوحيد الذي تمكَّنت فيه من أن تكون صادقة مع الناس. لم يحررها البرنامج من الاكتئاب، لكنه أعطاها منهجية مختلفة للتعامل معه. «دون وجود الكحول في جسدك ليُهدِّئ المشاعر السيئة، فإنها جميعًا تنطلق مثل الألعاب النارية. لكن لحسن الحظ، كنت على الأقل شاربة للخمر، وكان هناك شيء يمكنني فعله حيال ذلك. لقد ذهبت إلى اجتماع لجمعية العواطف المجهولة، وشعرت بقدر كبير من التعاطف مع هؤلاء الأفراد لأنه ليس لديهم ما يمكن تخديره أو إصلاحه بشكل واضح. المدمنون على الكحول هم أشخاص مرنون بشكل ملحوظ. كان يمكنني مناقشة الاكتئاب معهم، كما لو كنت خبيرة به. الأمر مثل الحصول على شهادة جامعية، التي تمنحك الحق في مناقشة أشياء معينة دون الشعور بالحرج. هذا كل ما نرغب فيه نحن المدمنين على الكحول: شخص يستمع إلى قصصنا».

عندما بدأت تينا سونيجو في الابتعاد عن الكحول لأول مرة، شعرت باليأس. «كان هذا أسوأ اكتئاب تعرضت له على الإطلاق. عزلت نفسي في شقتي، وبما أنني لم أتمكن من اتخاذ القرارات، ظللت أتناول فقط لحم الديك الرومي وساندويتشات البولونيا لمدة شهر. الاكتئاب هو البحث عن إذلال النفس، ويمكنك دائمًا العثور على ما تريد. عندما تشعر بالاكتئاب، فإنك تستمر في السعي لإثبات أنك لا تستحق. ناقشنا هذا في منظمة مدمني الكحول المجهولين: من هم الأشخاص الذي يحكمون على قيمتنا الذاتية؟ أدركت أنه إذا لم يقدم شخصٌ ما الرد السلبي الذي سعيت إليه، فسأبحث ببساطة عن شخص آخر. وحتى الآن، بينما أسعى لتحقيق تطلعاتي، أستطيع سماع صوت أختي تقول، «أوه، أنتِ تحاولين تحقيق أكثر مما تستطيعين تحقيقه»».

«لقد مررت الآن بالنوبات الخامسة والسادسة والسابعة ويبدو الأمر مألوفًا، إنه يذكرني بعندما تكون منغمسًا في فيلم ما وفجأة يبدأ تتر النهاية في الظهور وتعود إلى حياتك الخاصة. هذا ما تشعر به. وكأن الفيلم قد انتهى. ما زلت لا أستطيع أن أفعل شيئًا حيال ذلك. لكنك تصل إلى النقطة التي تدرك فيها أن الأمر لن يدوم إلى الأبد، حيث يمكنك أخيرًا الانتظار فقط».

واصلت تينا حضور اجتماعات مدمني الكحول المجهولين لمدة خمس سنوات حتى الآن، وتقول: «إنها مثل المعسكر الصيفي لعقلك. لقد سئمت من محاولة معرفة السبب؛ سبب

إصابتي بانهيارات وانغماسي في شرب الكحول. سيكون من المثير للاهتمام أن أعرف ذلك، ولكن لماذا أضيع وقتي؛ المعرفة لن تجعلني أشعر بالتحسن. الابتعاد عن الكحول مثل الهرم، وفي كل مرة نصعد فيها درجة نشعر أننا وصلنا إلى مكان ما، ومع ذلك هناك دائمًا خطوة أخرى يجب أن نقطعها. عندما ننظر إلى الأسفل، لا يمكننا حقًّا رؤية الخطوات التي اتخذناها ولذلك نشعر باليأس، ولكن إذا نظرنا إلى الأعلى، فسنرى إصبع الله تخترق السماء ونعلم أننا نسير في الطريق الصحيح».

تصف تينا سونيجو اللحظة التي شعرت فيها بأن شرب الكحول قد انتهى هو وأسوأ ما في الاكتئاب. «كنت في اليابان، وكان لديهم تلك الزهور الجميلة في وسط متجر متعدد الأقسام. وتوقفت عندها ولمستها، وقلت: «لدي علاقة معكِ». حدَّقت إليها وكررت: «لدي علاقة معكِ الآن». هذا لا يعني أنها يجب أن تستمر إلى الأبد؛ هذا لا يعني أنني يجب أن أحملك معي، بل فقط أن لدي علاقة معك الآن. وهكذا، حتى يومنا هذا، ما زلت أتذكر تلك الزهور. ماز لت أتذكر الفرحة التي منحتني إياها في تلك اللحظة. وبعد سنوات قليلة، كنت في مطار فرانكفورت. تجولت، وشربت القهوة، ودخنت السجائر، وتساءلت فقط عما كان يحدث في حياتي، لأن هناك شيئًا مختلفًا. ولم أعرف ما هو. وبعد ذلك عرفت. أخيرًا أصبح لي صوت. لم أكن أعرف ماذا أفعل به بعد، لكنني كنت أعلم أن لدي صوتًا».

إنه صوت حصلت عليه بشق الأنفس، لكنه صوت واضح. تينا سونيجو قادرة على أن تكون متفائلة بشكل مثير للدهشة؛ إنها مدربة رقص تصعد إلى سطح الفندق الذي تقيم فيه لتمارس الرقص وتتنفس نسيم الليل.

«أشتاق للأيام التي كنت أعاني فيها، تلك الأيام التي بذل فيها المعالجون كل ما في وسعهم لمساعدتي على التحسن. أفتقد شدة المشاعر، حتى لو كانت سلبية في كثير من الأحيان. لن أختبر هذا المستوى من المشاعر مرة أخرى إلا إذا وصلت إلى الحضيض مجددًا، وستظل الحياة دائمًا تجربة مستمرة بالنسبة لي بعد التعامل مع الاكتئاب. ولكنني أصبحت أقدِّر الدروس التي علمني إياها الاكتئاب، على الرغم من أنني كنت سأرفض هذه الفكرة بشدة عندما كنت مريضة. الآن أصبح لدي هذا الحلم بالتجمع مع ناجين آخرين من الاكتئاب الشديد والإدمان، وقضاء ليلة معًا في الرقص، ونحن نضحك على الاكتئاب والإدمان. هذه هي فكرتي عن الجنة».

لدي شخصية غير إدمانية إلى حد ما. لقد توقفت عن تعاطي بعض المواد، ولم تكن تنتابني أي رغبة شديدة لتعاطيها مجددًا. تناول كأس واحدة من الكحول لا يجعلني أتوق إلى كأس أخرى تلقائيًّا. لا أشعر بالرغبة الشديدة في الحصول على المزيد من الشعور الممتع الذي أعرف أنه ضار. لم أكن متعاطفًا قط مع الإدمان حتى بدأت بتناول زيبركسا. لم تكن المشكلة تتمثل في الإدمان على زيبركسا نفسه؛ لا، بل أن زيبركسا دمر شهيتي وإحساسي بالجوع. في الوقت الحاضر، أستطيع أن أتناول وجبة عادية تمامًا وأظل جائعًا، ويمكن أن يكون هذا الجوع

شديدًا لدرجة أنه يدفعني إلى الخروج من منزلي في منتصف الليل للحصول على الطعام. أجلس مع جوعي وأفكر في مدى قبح الكرش؛ أتذكر ساعات من التمارين الرياضية حيث أحرقت القليل من السعرات الحرارية فقط. ثم أشعر أنني إذا لم آكل، سأموت، وأستسلم وأفرط في تناول الطعام، ثم أندم لاحقًا وأكره ذلك. لا أجعل نفسي أتقيأ لأنني لا أريد أن أتعود على القيام بذلك؛ وبالإضافة إلى ذلك، لدي معدة حديدية ولا شيء تقريبًا يجعلني أتقيأ. لقد جعلني زيبركسا أدمن على الطعام، وفي وقت ما اكتسبت خمسة وعشرين رطلًا بسبب ذلك. إذا تمكنت من العثور على شيء يفعل في الرغبة الجنسية ما يفعله زيبركسا في الشهية، فسأكون دون جوان العصر. ضمن التقلبات المزاجية الطبيعية التي أعانيها، فإن المزاج الجيد يوفر لي الانضباط الذاتي لمقاومة تناول كب كيك الشوكولاتة. ولكن عندما أكون في مزاج مكتئب، أفقد هذا الانضباط الذاتي. الاكتئاب يخلق الظروف الملائمة لازدهار الإدمان. إن مقاومة الرغبات تتطلب الكثير من الطاقة والإرادة، وعندما تكون مكتئبًا، فمن الصعب جدًّا أن تقول لا للطعام أو للكحول أو للمخدرات. الأمر بسيط حقًّا. الاكتئاب يُضعفك، والضعف هو أضمن طريق للإدمان. إذ لماذا قد تقول «لا» عندما تقودك «لا» إلى المزيد من البؤس الذي لا يطاق؟

الفصل السابع

الانتحار

العديد من مرضى الاكتئاب لا تراودهم أبدًا أفكار الانتحار. والعديد من حالات الانتحار يرتكبها أشخاص غير مصابين بالاكتئاب. فالموضوعان ليسا جزءًا من معادلة واحدة واضحة، أحدهما يسبب الآخر.[1] فهما أشياء منفصلة تتعايش بشكل متكرر، ويؤثر كل منها على الآخر. «الميول الانتحارية» هي أحد الأعراض التسعة لنوبة الاكتئاب المدرجة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV)، ولكن العديد من الأشخاص المصابين بالاكتئاب لا يميلون إلى إنهاء حياتهم أكثر مما يميل الأشخاص المصابون بالتهاب المفاصل المروع إلى ذلك. إن قدرة الإنسان على تحمل الألم قوية إلى حد صادم. فقط إذا قرر المرء أن الانتحار شرط كاف لتشخيص الاكتئاب، فيمكن للمرء أن يقول إن المنتحرين يعانون دائمًا الاكتئاب.

لقد تُعومِل مع الميول الانتحارية كعرض من أعراض الاكتئاب في حين أنها قد تكون في الواقع مشكلة تتعايش مع الاكتئاب. نحن لم نعد نتعامل مع إدمان الكحول كأثر جانبي للاكتئاب؛ بل نتعامل معه كمشكلة تحدث بالتزامن مع الاكتئاب، والميول الانتحارية مستقلة بالقدر نفسه على الأقل عن حالات الاكتئاب التي تتزامن معها غالبًا. يقول جورج هاو كولت، مؤلف كتاب «لغز الانتحار»: «يعتقد العديد من الأطباء أنهم إذا نجحوا في علاج الاكتئاب، فإنهم قد عالجوا المريض ذا الميول الانتحارية، كما لو كانت الميول الانتحارية مجرد أثر جانبي سيئ للاكتئاب. ومع ذلك، فإن بعض مَن لديهم ميول انتحارية ليس لديهم اضطراب كامن يمكن تشخيصه، وأحيانًا يقتلون أنفسهم بعد وقت قصير من الخروج من الاكتئاب،

وأحيانًا بعد فترة طويلة من زوال الاكتئاب».[2] إن الطبيب الذي يعالج شخصًا مصابًا بالاكتئاب وذا ميول انتحارية سيركز بشكل عام على علاج الاكتئاب. وفي حين أن علاج الاكتئاب قد يساعد في منع الانتحار، إلا أنه لن يفعل ذلك بالضرورة. ما يقرب من نصف حالات الانتحار في الولايات المتحدة يرتكبها أشخاص كانوا تحت رعاية طبيب نفسي، ومع ذلك فإن معظم حالات الانتحار تأتي كمفاجأة كبيرة. هناك شيء خاطئ في تفكيرنا.[3] لا ينبغي للمرء أن يفترض أن الميول الانتحارية يمكن دمجها مع أعراض مثل النوم المتقطع؛ ولا ينبغي للمرء أن يتوقف عن علاج الميول الانتحارية لمجرد أن الاكتئاب الذي ارتبط بها يبدو أنه قد اختفى. إن الميول الانتحارية مشكلة تتطلب علاجها الخاص. لماذا لا تُصنَّف على أنها مشكلة بذاتها، مرتبطة بالاكتئاب ومتداخلة معه، ولكنها تختلف عنه بشكل أساسي؟

لقد كانت محاولات تعريف الاكتئاب الانتحاري غير مثمرة على الإطلاق. لا توجد علاقة قوية بين شدة الاكتئاب واحتمالية الانتحار؛ إذ يبدو أن بعض حالات الانتحار تحدث في أثناء الاضطرابات الخفيفة، في حين يتمسك بعض الأشخاص الذين يعانون أوضاعًا صعبة بالحياة. لقد فقد بعض الناس جميع أطفالهم بسبب عنف العصابات في بعض المدن، وأصبحوا معوقين جسديًّا، ويتضورون جوعًا حتى الموت، ولم يعرفوا قط دقيقة واحدة من الحب من أي نوع، ومع ذلك يتمسكون بالحياة بكل ذرة من الطاقة الموجودة فيهم. ومن ناحية أخرى، فإن بعض الأفراد الذين يتمتعون بمستقبل واعد ينهون حياتهم. الانتحار ليس تتويجًا لحياة صعبة؛ إنه يأتي من مكان خفي خارج العقل وخارج الوعي. أستطيع الآن أن أنظر إلى الوراء إلى الفترة شِبه الانتحارية التي مررت بها؛ فالمنطق الذي كان يبدو معقولًا للغاية بالنسبة لي في ذلك الوقت يبدو الآن غريبًا مثل البكتيريا التي أصابتني بالالتهاب الرئوي قبل بضع سنوات. إنه مثل جرثومة قوية دخلت الجسم واستولت عليه. لقد اختطفتني قوة غريبة.

هناك فروق دقيقة ولكنها مهمة بين الرغبة في أن تكون ميتًا، والرغبة في أن تموت، والرغبة في قتل نفسك. معظم الناس يتمنون من وقت لآخر أن يكونوا أمواتًا، متحررين من المعاناة والآلام. في حالة الاكتئاب، يرغب الكثيرون في أن يموتوا، أن يأخذوا خطوة، للتحرر من معاناة الوعي. أما الرغبة في قتل نفسك فتتطلب مستوى مختلفًا من الرغبة وعنفًا معينًا موجهًا نحو الذات. الانتحار ليس نتيجة السلبية؛ إنه نتيجة لإجراء يُتَّخَذ. إنه يتطلب قدرًا كبيرًا من الطاقة والإرادة القوية بالإضافة إلى الإيمان باستمرارية اللحظة السيئة الحالية وعلى الأقل لمسة من الاندفاع.

ينقسم المنتحرون إلى أربع مجموعات. المجموعة الأولى تنتحر دون أن تفكر فيما تفعله: إنه أمر رهيب ولا مفر منه بالنسبة إليهم مثل التنفس. هؤلاء الأشخاص هم الأكثر اندفاعًا، والأكثر عرضة للجوء إلى الانتحار بسبب حدث خارجي معين؛ وعادة ما تكون حالات انتحارهم مفاجئة. إنهم، كما كتب الكاتب أ. ألفاريز في كتابه الرائع عن الانتحار، «الإله المتوحش»، يقومون بـ «محاولة استئصال الألم الذي لا يمكن للحياة أن تخففه إلا بالتدريج». المجموعة

الثانية، نصفها مغرم بالموت السهل، تنتحر انتقامًا، وكأنهم يُمكنهم الرجوع عن الفعل بعد ارتكابه. كتب ألفاريز عن هذه المجموعة: «هنا تكمن صعوبة الانتحار: فهو فعل طَموح لا يمكن ارتكابه إلا عندما يتجاوز المرء الطموح».[4] هؤلاء الناس لا يهربون من الحياة بقدر ما يركضون نحو الموت، لا يريدون نهاية الوجود بل حضور الفناء. المجموعة الثالثة تنتحر من خلال منطق خاطئ يبدو فيه الموت هو المهرب الوحيد من مشكلات لا تطاق. إنهم يفكرون في الخيارات ويخططون لانتحارهم، ويكتبون الملاحظات، وينظمون الخطوات العملية كما لو كانوا ينظمون عطلة في الفضاء الخارجي. إنهم عادة لا يعتقدون فقط أن الموت سيحسن حالتهم، بل أيضًا أنه سيزيل العبء عن الأشخاص الذين يحبونهم (في الواقع العكس هو الصحيح عادة). المجموعة الأخيرة تنتحر بمنطق معقول. هؤلاء الأشخاص -بسبب مرض جسدي، أو عدم استقرار نفسي، أو تغير في ظروف الحياة- لا يرغبون في تجربة ألم الحياة ويعتقدون أن المكافأة التي قد يتلقونها من المتعة ليست كافية لتعويض الألم الحالي. قد يكون هؤلاء الأشخاص دقيقين أو لا يكونون دقيقين في توقعاتهم للمستقبل، لكنهم ليسوا مخدوعين، ولن يغير رأيهم أي قدر من الأدوية المضادة للاكتئاب أو العلاجات النفسية.

أكون أو لا أكون؟ لا يوجد موضوع آخر كُتِب عنه الكثير ولم يُقل عنه سوى القليل. يقترح هاملت أن القرار قد يعتمد على ذلك «البلد غير المكتشف الذي لا يعود أي مسافر منه».[5] ومن المثير للاهتمام أن أولئك الذين لا يخشون المجهول، الأفراد الذين يستكشفون بشغف عوالم التجارب غير المألوفة، ليسوا متحمسين بالقدر نفسه لمغادرة هذا العالم، على الرغم من آلامه، إلى حالة لا يُعرف عنها شيء. في الواقع، يقترح هاملت أن «الضمير» هو الذي يجعل منا جبناء، ونتيجة لذلك، فإن العزم الطبيعي على التصرف يضعف بسبب عبء الفكر. يكمن المأزق الحقيقي للوجود في «الضمير» كمرادف للوعي، الذي يقاوم الفناء ليس فقط بسبب الجبن ولكن أيضًا بسبب الإرادة المتأصلة في المكابدة وتحمل المسؤولية والتصرف وفقًا لما تمليه الظروف. علاوة على ذلك، لا يمكن للعقل الواعي بذاته أن يغير نفسه ببساطة، لأن الحياة الاستبطانية والتفكير المطول يتعارضان مع تدمير الذات. إن أولئك الذين اختاروا إنهاء حياتهم ربما لم يشعروا باليأس فحسب، بل ربما تعرضوا أيضًا لفقدان مؤقت للوعي الذاتي. حتى عندما يبدو أن الاختيار هو بين الوجود والعدم -على افتراض أن المرء يعتقد أنه لا يوجد شيء أبعد من الموت وأن الروح الإنسانية ليست أكثر من تكوين كيميائي مؤقت- لا يمكن للوجود أن يتصور عدم الوجود المطلق؛ يمكنه فقط أن يتصور غياب الخبرة الحسية، وليس غياب الوجود نفسه. وبعبارة أخرى، فإن فعل التفكير هو تأكيد للوجود، كما قال ديكارت: أنا أفكر، إذن أنا موجود.

وجهة نظري عندما أكون بحالة جيدة هي أنه قد يكون هناك مجد أو سلام أو رعب أو لا شيء على الجانب الآخر من الموت، وما دمنا لا نعرف، يجب علينا التحوط في رهاناتنا وتحقيق أقصى استفادة من العالم الذي نعيش فيه. كتب ألبير كامو: «ليس هناك سوى مشكلة فلسفية

خطيرة واحدة، وهي الانتحار».[6] والحقيقة أن عددًا كبيرًا من الفرنسيين كرَّسوا حياتهم لهذه المشكلة في النصف الأوسط من القرن العشرين، حيث تناولوا باسم الوجودية الأسئلة التي كان الدين كافيًا للإجابة عنها ذات يوم.

يجيب شوبنهاور عن هذا السؤال، إذ يكتب: «يمكن اعتبار الانتحار كتجربة؛ سؤال يطرحه الإنسان على الطبيعة، محاولًا إجبارها على الإجابة عنه. والسؤال هو: ما التغيير الذي سيحدثه الموت في وجود الإنسان وفي نظرته إلى طبيعة الأشياء؟ إنها تجربة خرقاء، لأنها تنطوي على تدمير الوعي ذاته الذي يطرح السؤال وينتظر إجابته».[7] من المستحيل معرفة عواقب الانتحار إلا إذا قام المرء به. إن العودة مجددًا من الجانب الآخر للموت تبدو فكرة جذابة؛ لقد أردت في كثير من الأحيان أن أقتل نفسي لمدة شهر. ينقبض المرء من نهائية الموت الظاهرة، ومن عدم إمكانية العودة من الانتحار. الوعي هو ما يجعلنا بشرًا، ويبدو أن هناك اتفاقًا عامًّا على أن الوعي كما نعرفه من غير المرجح أن يوجد بعد الموت، وأن الفضول الذي نرضيه لن يكون موجودًا بحلول الوقت الذي يُرد فيه عليه. عندما تمنيت ألا أكون على قيد الحياة وتساءلت كيف سيكون الأمر لو كنت ميتًا، أدركت أيضًا أن الموت سيهزم التساؤل. هذا التساؤل هو الذي يجعل المرء يستمر؛ أستطيع أن أتخلى عن العوامل الخارجية لحياتي، ولكن ليس التساؤل والرغبة في الفهم.

على الرغم من أن الغريزة الغاشمة تلعب الدور الرئيسي، فإن الأساس المنطقي للعيش، في مجتمع علماني، صعب للغاية. كتب جورج سانتايانا: «كون الحياة تستحق العيش هو أكثر الافتراضات ضرورة، ودونه سيستحيل التوصل إلى أي استنتاجات».[8] يجب أن نأخذ في الاعتبار الآلام العديدة التي تهاجمنا، ولكن ربما الأمر الأكثر إلحاحًا هو حقيقة الموت. الموت أمر مثير للقلق للغاية وحتميته خيبة أمل كبيرة لدرجة أنها تجعل بعض الناس يشعرون أنه من الأفضل أن يتخلصوا من حياتهم. يبدو أن مفهوم العدم المطلق ينفي قيمة وجود الفرد الحالي. في الواقع، غالبًا ما تمنع الحياة الانتحار من خلال إخفاء الواقع القاسي المتمثل في موتنا. فالموت، في كل مكان، غالبًا ما يمر دون أن يلاحظه أحد.

لا أعتقد أنه يجب أن تكون مجنونًا لتقتل نفسك، على الرغم من أنني أعتقد أن العديد من المجانين يقتلون أنفسهم وأن العديد من الأشخاص الآخرين يقتلون أنفسهم لأسباب مجنونة. ومن الواضح أن تحليل الشخصية الانتحارية يجب أن يتم إما بأثر رجعي وإما بعد محاولة انتحار فاشلة. قال فرويد نفسه: «ليس لدينا الوسائل الكافية للتعامل مع مشكلة الانتحار».[9] ويجب على المرء أن يقدر احترامه لهذا الموضوع؛ فإذا كان التحليل النفسي هو المهنة المستحيلة، فإن الانتحار هو الموضوع المستحيل. هل من الجنون أن تريد الموت؟ إن هذا السؤال في نهاية المطاف هو سؤال ديني وليس طبي، لأنه لا يعتمد فقط على ما يكمن على الجانب البعيد من الموت، ولكن أيضًا على مدى تقديرنا للحياة. اقترح كامو أن ما هو جنوني حقًّا هو المدى الذي يذهب إليه معظمنا لتأجيل الموت الحتمي لبضعة عقود.[10] هل الحياة

مجرد تأجيل سخيف للموت؟ أعتقد أن معظم الناس، بشكل عام، يواجهون الألم أكثر من المتعة في حياتهم، لكننا نتوق للمتعة والفرح التراكمي الذي تولده. ومن المفارقات أن معظم الأديان التي تفترض الحياة الأبدية تحظر الانتحار، وهو الحظر الذي يمنع المتحمسين من القفز من المنحدرات للانضمام إلى جوقات الملائكة (على الرغم من أن الأديان يمكن أن تحتفي بالتخلي عن الحياة في سبيل قضية سامية، كما هو الحال في الاستشهاد في المسيحية والإسلام).

لقد أشاد العديد من الأشخاص الذين يعتزون بالحياة بالقدرة على الانتحار، من بليني الذي قال: «وسط كل بؤس حياتنا الأرضية، فإن قدرة المرء على التحكم في موته هي أفضل هدايا الله للإنسان»[11]؛ إلى جون دون، الذي كتب في كتابه «بياتاناتوس» عام 1621، «كلما هاجمتني أي محنة، أعتقد أن مفاتيح سجني في يدي ولا يوجد علاج يخطر على بالي بهذه السرعة مثل سيفي»[12]؛ وصولًا إلى كامو. قال شوبنهاور: «سوف يتبين بشكل عام أنه بمجرد أن تصل أهوال الحياة إلى النقطة التي تتفوق فيها على أهوال الموت، فإن الإنسان سوف يضع حدًّا لحياته».[13] لقد واجهت بنفسي في حالة الاكتئاب رعبًا من الحياة كان طاغيًا تمامًا، وفي ذلك الوقت أصبحت متقبلًا بشكل خطير لفكرة الموت. ومع ذلك، فقد اعتقدت أن رعبي كان مؤقتًا، وخفَّف ذلك منه بدرجة كافية لجعله محتملًا. إن الانتحار العقلاني في نظري لا يمكن أن يكون عملية مقترنة فقط بالوقت الحاضر؛ بل يجب أن يكون مشروطًا بتقييم دقيق على المدى الطويل. أنا مؤمن بالانتحار العقلاني، الذي يستجيب للعبث وليس لليأس. المشكلة هي أنه من الصعب في كثير من الأحيان أن نحدد أي حالات الانتحار تعتبر عقلانية، وأعتقد أن إنقاذ عدد كبير للغاية من الناس أفضل من ترك عدد كبير منهم يرحل. من المعروف أن الانتحار هو الحل الدائم لمشكلة مؤقتة في كثير من الأحيان. إن الحق في الانتحار يجب أن يكون من الحريات المدنية الأساسية، فلا يجوز إجبار أي شخص على العيش ضد إرادته. ومن ناحية أخرى، غالبًا ما يكون الميل للانتحار مؤقتًا، وتشعر أعدادٌ كبيرة من الناس بالسعادة لأنهم تراجعوا عن محاولات الانتحار أو مُنعوا من القيام بها. إذا حاولت الانتحار يومًا ما، أود أن ينقذني شخص ما، إلا إذا وصلت إلى نقطة أومن فيها -عن حق- أن مقدار الفرح المتبقي في حياتي لا يمكن أن يتجاوز مقدار الحزن أو الألم.

يقول توماس ساز، الناقد المؤثر لمنظومة الصحة النفسية الذي فضَّل الحدَّ من سلطة الأطباء النفسيين: «الانتحار حق أساسي من حقوق الإنسان. هذا لا يعني أنه أمر مرغوب فيه. بل يعني فقط أن المجتمع ليس له الحق الأخلاقي في التدخل بالقوة في قرار الشخص بارتكاب هذا الفعل».[14] ويعتقد ساز أنه من خلال التدخل بالقوة مع ذوي الميول الانتحارية، يحرمهم المرء من شرعية أنفسهم وأفعالهم. «والنتيجة هي معاملة الشخص ذي الميول الانتحارية على أنه طفل وتجريده من إنسانيته». أعطت دراسة أجرتها جامعة هارفارد للأطباء تاريخًا منقحًا لعدد من حالات الانتحار وطلبت منهم التشخيص.[15] وفي حين أقر الأطباء بوجود مرض نفسي لدى 22% فقط من المجموعة إذا لم يُخبَروا بأن المرضى قد انتحروا، كان الرقم 90%

عندما ضُمِّن الانتحار في ملف المريض. من الواضح أن الانتحار يؤدي إلى تشخيص سلس، ومن المرجح أن يُتعامَل مع المرضى بشيء من الأبوية. إن موقف ساز له أساس ما في الواقع، ولكن اتخاذ القرارات السريرية على أساسه يمكن أن يكون خطيرًا للغاية. ويمثل عالم النفس إدوين شنيدمان، الذي بدأ حركة منع الانتحار، الطرف الآخر. بالنسبة إليه، قتل النفس هو عمل مجنون. يقول: «هناك على الأقل لمسة من الجنون في كل حالة انتحار، بمعنى أنه في الانتحار، هناك بعض الانفصال بين الفكر والمشاعر. يؤدي ذلك إلى عدم القدرة على تصنيف المشاعر، أو التمييز بينها، وإيصالها إلى الآخرين. المشكلة تكمن في هذا «الانقسام» غير الطبيعي بين ما نفكر فيه وما نشعر به. هناك يكمن وهم السيطرة؛ هناك يكمن الجنون»[16]. ويشكل هذا الرأي الأساس لحرمان الأفراد من حقهم في الانتحار، حيث يزعم شنيدمان أن «الانتحار ليس «حقًّا» أكثر من «الحق في التجشؤ».[17] إذا شعر الفرد بأنه مجبر على القيام بذلك، فسوف يفعله. لكن من المهم أن نلاحظ أن المرء يتحكم في التجشؤ في بعض الأحيان، ويضبط نفسه قدر الإمكان في المواقف العامة، احترامًا للآخرين.

لقد أصبح الانتحار شائعًا إلى حد صادم، لكن غالبًا ما يُخفى ويُستهان به، حتى أكثر من الاكتئاب. إنه في الواقع أزمة صحية عامة واسعة النطاق تجعلنا نشعر بعدم الارتياح إلى الحد الذي يجعلنا نغض الطرف عنها. كل سبع عشرة دقيقة، ينتحر شخص في الولايات المتحدة.[18] ويحتل الانتحار المرتبة الثالثة بين أسباب الوفاة بين الأمريكيين تحت سن الحادية والعشرين، والمرتبة الثانية بين أسباب الوفاة بين طلاب الجامعات.[19] ففي عام 1995 (على سبيل المثال)، كان عدد الشباب الذين ماتوا بسبب الانتحار أكبر من عدد الذين ماتوا بسبب الإيدز، والسرطان، والسكتة الدماغية، والالتهاب الرئوي، والإنفلونزا، والعيوب الخلقية، وأمراض القلب مجتمعة. وفي الفترة من عام 1987 إلى عام 1996، كان عدد الأشخاص الذين ماتوا بسبب الانتحار تحت سن الخامسة والثلاثين أكبر من عدد الذين ماتوا بسبب الإيدز. يُنقَل ما يقرب من نصف مليون أمريكي إلى المستشفيات كل عام بسبب محاولات الانتحار. وكان الانتحار، وفقًا لمنظمة الصحة العالمية، مسؤولًا عن ما يقرب من 2% من الوفيات في جميع أنحاء العالم في عام 1998، مما يجعله متقدمًا على الحرب وجرائم القتل.[20] ويتصاعد معدل الانتحار بشكل مطرد. أظهرت إحدى الدراسات الحديثة التي أُجريت في السويد أن احتمالية انتحار شاب في منطقة الدراسة قد زادت بنسبة 260% منذ الخمسينيات. إن نصف المصابين بالاكتئاب الهوسي سيحاولون الانتحار، وواحد من كل خمسة أشخاص مصابين بالاكتئاب الحاد سيفعل الشيء نفسه.[21] ومن المرجح بشكل خاص أن يحاول الشخص في نوبة الاكتئاب الأولى الانتحار[22]؛ بينما الأشخاص الذين مروا بنوبات عديدة يكتسبون قدرة نوعًا ما على التعايش معها. تعد المحاولات السابقة للانتحار هي العامل الأقوى في التنبؤ بالانتحار: فنحو ثلث الأشخاص الذين يقتلون أنفسهم قد حاولوا من قبل، و1% من الذين

يحاولون الانتحار سوف يكملون عملية الانتحار في غضون عام؛ و10% سيقتلون أنفسهم خلال عشر سنوات. هناك ما يقرب من ست عشرة محاولة انتحار مقابل كل انتحار مكتمل.[23]

لقد رأيت في وثيقة واحدة كلًّا من التأكيد على أن الأشخاص المصابين بالاكتئاب هم أكثر عرضة للانتحار بخمسمائة مرة مقارنة بنظرائهم غير المصابين بالاكتئاب، وإحصائية تشير إلى أن مرضى الاكتئاب لديهم معدل انتحار يبلغ خمسة وعشرين ضعف المعدل المجتمعي الطبيعي.[24] وقد قرأت في مكان آخر أن الاكتئاب يضاعف من احتمالية الانتحار. من يدري؟ تعتمد هذه المعدلات إلى حد كبير على كيفية تعريف الاكتئاب الشيطاني المدمر. ولأسباب تبدو وكأنها تتعلق بالصحة العامة، أكد المعهد الوطني للصحة النفسي لفترة طويلة، ولو بشكل غير علمي، أن «جميع الأشخاص الذين ينتحرون تقريبًا يعانون اضطرابًا نفسيًّا أو يتعاطون المخدرات»؛ لقد خفضوا مؤخرًا «الجميع تقريبًا» إلى «90 %».[25] تساعد هذه الفكرة الأشخاص الذين قاموا بمحاولات انتحار فاشلة، وأولئك الذين تُرِكوا حزينين بسبب انتحار شخص قريب منهم، على التخلص من بعض الذنب الذي قد يقيدهم. وعلى الرغم من أن هذا أمر مريح، وعلى الرغم من أنه قد يكون مفيدًا في لفت الانتباه إلى المستوى المرتفع للانتحار المرتبط بالمرض النفسي، فإنه مبالغة فادحة، ولم يؤكدها أي شخص التقيته عالج مرضى انتحاريين. مكتبة سُر مَن قرأ

تعتبر إحصائيات الانتحار أكثر فوضوية من إحصائيات الاكتئاب. غالبًا ما ينتحر الناس يوم الاثنين[1].[26] وتكون حالات الانتحار أكثر انتشارًا ما بين الصباح والظهيرة[27]؛ والفصل المفضل للانتحار هو فصل الربيع.[28] لدى النساء معدل انتحار مرتفع خلال الأسابيع الأولى والأخيرة من الدورة الشهرية (ظاهرة قد تكون هناك تفسيرات هرمونية لها) ومعدل منخفض في أثناء الحمل وفي السنة الأولى بعد الولادة (ظاهرة لها معنى تطوري واضح، ولكن ليس لدينا حتى الآن أي تفسير كيميائي محدد لها).[29] بعض المدارس البحثية في مجال الانتحار تحب الإحصائيات المقارنة وتستخدمها كما لو أن الارتباط يعني وجود علاقة سببية. بعض هذه الارتباطات تقترب من السخافة؛ إذ يمكن للمرء أن يحسب متوسط وزن جسم أولئك الذين ينتحرون، أو متوسط طول شعرهم، ولكن ما الذي قد يثبته ذلك بالضبط وما الفائدة منه؟

لقد أخرج إميل دوركهايم، عالم الاجتماع الكبير في القرن التاسع عشر، الانتحار من عالم الأخلاق ووضعه في المجال الأكثر عقلانية للعلوم الاجتماعية.[30] تخضع حالات الانتحار للتصنيف، ويرى دوركهايم أن هناك أربعة أنواع مهمة. الانتحار الأناني يرتكبه أشخاص غير مندمجين بشكل كافٍ في المجتمع الذي يعيشون فيه. تدفعهم اللامبالاة إلى قطع علاقتهم بالعالم بشكل دائم. ويأتي الانتحار الإيثاري نتيجة للاندماج المفرط في المجتمع؛ قد تشمل فئة دوركهايم، على سبيل المثال، إخلاص باتريك هنري لفكرة «أعطني الحرية أو أعطني

(1) بداية أسبوع العمل في الغرب (المترجم).

الموت!». أولئك الذين ينتحرون بإيثار هم نشيطون، عاطفيون، وعازمون. أما الانتحار الاغترابي فهو نتيجة الانزعاج والاشمئزاز. يقول دوركهايم: «في المجتمعات الحديثة، لم يعد الوجود الاجتماعي محكومًا بالعادات والتقاليد، وأصبح الأفراد يُدفَعون بشكل متزايد إلى التنافس مع بعضهم بعضًا. ومع توسع توقعاتهم للحياة، ليس بالضرورة من حيث ممتلكات مادية محددة، ولكن من حيث الرغبة بشكل عام في أكثر مما يملكون حاليًّا، فمن المرجح أن يواجه الأفراد تضاربًا بين تطلعاتهم ورضاهم. ويؤدي عدم الرضا الناتج إلى تعزيز تطور الميول الانتحارية».

وكما كتب تشارلز بوكوفسكي ذات مرة: «نحن نطلب من الحياة أكثر مما هو موجود»[31]، وقد تكون خيبة أملنا الحتمية مناسبة كافية لإنهاء الحياة. أو كما كتب دي توكفيل عن المثالية الأمريكية على وجه الخصوص: «إن مباهج هذا العالم غير المكتملة لن ترضي قلب الإنسان أبدًا».[32] أما الانتحار الحتمي فيرتكبه أشخاص تكون حياتهم بائسة حقًّا بطريقة تتجاوز التغيير؛ انتحار العبد، على سبيل المثال، سيكون حتميًّا وفق تصنيف دوركهايم.

لم تعد فئات دوركهايم تستخدم للأغراض الطبية، لكنها شكَّلت الكثير من التفكير الحديث حول الانتحار. وخلافًا للمعتقدات السائدة في عصره، يرى دوركهايم أنه على الرغم من أن الانتحار هو فعل فردي، فإن أصوله مجتمعية.[33] فأي حالة انتحار هي نتيجة لمرض نفسي، ولكن المظهر المتسق نسبيًّا للانتحار الناتج عن المرض النفسي يبدو أنه مرتبط بالبِنى الاجتماعية. ففي كل مجتمع هناك سياق مختلف لهذا الفعل، ولكن قد يكون الأمر أيضًا أن نسبة معينة من السكان في كل مجتمع يقتلون أنفسهم. إن قيم وعادات المجتمع تحدد الأسباب التي ستؤدي إلى الفعل وفي أي مكان. إن الأشخاص الذين يعتقدون أنهم يعيشون في ظل صدمة فريدة من نوعها غالبًا ما يُظهرون في الواقع ميلًا في مجتمعهم يدفع الناس إلى الموت.

على الرغم من أن العديد من الإحصائيات التي لا معنى لها تشوش دراسات الانتحار، فإنه من الممكن تحديد بعض الاتجاهات بشكل مفيد. فأفراد العائلات التي حدثت فيها حالة انتحار هم أكثر عرضة للانتحار من غيرهم.[34] ويرجع ذلك جزئيًّا إلى أن حالات الانتحار العائلية تجعل ما لا يمكن تصوره ممكنًا. وذلك أيضًا لأن ألم العيش عندما يدمر شخص تحبه نفسه قد يكون أمرًا لا يطاق. قالت لي أم شنق ابنها نفسه: «أشعر وكأن هناك بابًا موصدًا على أصابعي، وقد توقف الزمن إلى الأبد بينما أصرخ بكل قوتي». ويرجع ذلك أيضًا إلى أن الانتحار يسري في العائلات، على المستوى الجيني المفترض. إذ تُظهر دراسات التبني أن الأقارب البيولوجيين للشخص ذي الميول الانتحارية هم أكثر عرضة للانتحار من أقارب ذلك الشخص بالتبني.[35] وغالبًا ما يتشارك التوائم المتماثلون في الميول الانتحارية، حتى لو انفصلوا عن بعضهم عند الولادة ولم يكن لديهم أي معرفة بعضهم ببعض؛ أما التوائم غير المتماثلين فلا ينطبق عليهم ذلك. لا يمكن أن يكون امتلاك «جينات انتحارية» ذات وظيفة واحدة ميزة انتقائية، لكن

مجموعة الجينات التي تسبب الاكتئاب والعنف والاندفاع والعدوان قد توفر خريطة وراثية تتنبأ إلى حد ما بالسلوك الانتحاري وتكون كذلك مفيدة في مواقف معينة.

الانتحار يولد الانتحار في المجموعات الاجتماعية أيضًا.[36] إن عدوى الانتحار أمرٌ لا جدال فيه. إذا انتحر شخص ما، فسوف يتبعه في كثير من الأحيان مجموعة من الأصدقاء أو الأقران؛ هذا صحيح بشكل خاص بين المراهقين. تُستخدم مواقع الانتحار نفسها مرارًا وتكرارًا، وتحمل لعنة أولئك الذين ماتوا: جسر البوابة الذهبية في سان فرانسيسكو، وجبل ميهارا في اليابان، وأماكن معينة من خطوط السكك الحديدية، ومبنى إمباير ستيت. وقد حدثت موجات انتحارية مؤخرًا في مدينة بلانو بولاية تكساس؛ ومدينة ليومينستر بولاية ماساتشوستس؛ ومقاطعة باكس بولاية بنسلفانيا؛ ومقاطعة فيرفاكس بولاية فيرجينيا؛ وفي عدد من المجتمعات الأخرى التي تبدو «طبيعية» في الولايات المتحدة. كما أن الروايات العامة عن حالات الانتحار تعزز الميول الانتحارية. عندما نُشر كتاب جوته «أحزان الشاب فيرتر» في أوائل القرن التاسع عشر[37]، ارتُكبت حالات انتحار على طريقة بطل رواية جوته في جميع أنحاء أوروبا. كلما ظهرت قصة انتحار كبيرة في وسائل الإعلام، يرتفع معدل الانتحار. ففي الفترة التي أعقبت انتحار مارلين مونرو مباشرة، على سبيل المثال، ارتفع معدل الانتحار في الولايات المتحدة بنسبة 12%.[38] إذا كنت جائعًا ورأيت مطعمًا، فمن المرجح أن تدخل إليه. وإذا كنت ترغب في الانتحار وقرأت عن حالة انتحار، فمن المرجح أن تتخذ الخطوة الأخيرة. يبدو من الواضح أن انخفاض الإبلاغ عن الانتحار من شأنه أن يقلل من معدل الانتحار. في الوقت الحالي، تشير الأدلة إلى أنَّ حتى برامج منع الانتحار ذات النوايا الحسنة غالبًا ما تعزز فكرة الانتحار لدى الفئات المعرضة للخطر؛ بل ويبدو من الممكن أنها تزيد بالفعل من معدل الانتحار.[39] ومع ذلك، فهي مفيدة بقدر ما تجعل الناس يدركون أن الانتحار غالبًا ما يكون نتيجة لاضطراب نفسي وأن الاضطراب النفسي قابل للعلاج.

وعلى عكس الأسطورة الشائعة، فإن أولئك الذين يتحدثون عن الانتحار هم الأكثر عرضة للقيام به. إن أولئك الذين يحاولون يميلون إلى المحاولة مرة أخرى؛ في الواقع، أفضل مؤشر للانتحار الفعلي هو المحاولة.[40] لا أحد يستفيد كثيرًا من هذه الحقيقة. تشير دراسة ماريا أوكويندو للعلاجات في عام 1999 إلى أنه على الرغم من أن «تاريخ محاولات الانتحار يمكن أن يستخدمه الأطباء كعلامة على الميل إلى محاولة الانتحار في المستقبل، فإن المرضى الذين لديهم مثل هذا التاريخ لم يُعالَجوا بشكل مكثف أكثر من أولئك الذين ليس لديهم. ليس من الواضح ما إذا كان هذا بسبب عدم الاعتراف بالمخاطر أو الفشل في تقديم العلاج الطبي المناسب، حتى عندما يعترف الأطباء بقابلية المريض العالية للانتحار المرتبطة بالاكتئاب الشديد».

على الرغم من أن الحجج الوجودية الشاملة جذابة، فإن حقيقة الانتحار ليست بسيطة ونقية ومجردة، ولكنها فوضوية ومروعة وجسدية. لقد سمعت أن الاكتئاب الشديد هو «موتٌ حي». الموت الحي ليس جميلًا، لكنه على عكس الموت الميت، يوفر مجالًا للتحسّن. إن كون الانتحار يمثل نقطة لا رجعة بعدها تجعله مشكلة تتجاوز أي مشكلة أخرى نوقشت في هذا الكتاب، كما أن قدرة مضادات الاكتئاب على تجنب الانتحار تحتاج إلى تقييم عاجل حتى يمكن استخدام الأدوية المناسبة. يجد الباحثون صعوبة في مراقبة الميول الانتحارية، وبخاصة أن فعل إنهاء الذات لا يحدث عادةً خلال فترة الأسابيع الاثني عشر للدراسات «طويلة الأمد». لم تُراقَب أيٌّ من مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية، وهي الفئة الأكثر شيوعًا من الأدوية المضادة للاكتئاب في العالم، للتأكد من قدرتها على منع الانتحار. «ومن بين الأدوية الأخرى، اختُبِر الليثيوم بشكل صارم[41]، حيث إن معدل الانتحار بين مرضى الاضطراب ثنائي القطب الذين توقفوا عن علاج الليثيوم يزيد ستة عشر ضعفًا.[42] من المفارقة أن بعض الأدوية التي تخفف من الاكتئاب قد تعزز الدافع للانتحار لأنها تزيد من الدافعية بشكل عام. هذه الأدوية يمكن أن تؤدي إلى آليات التدمير الذاتي بينما تخفف من خمول الاكتئاب. ومن المهم التمييز بين هذه السببية التمكينية والسببية الفعلية. لا أعتقد أن الناس ينتحرون كنتيجة مباشرة لتناول الدواء إلا إذا كانت الرغبة في الانتحار قوية لديهم منذ فترة. يجب إجراء مقابلات دقيقة مع المرضى قبل وصف مضادات الاكتئاب لهم. يمكن للعلاج بالصدمات الكهربائية أن يخفف على الفور من الدوافع الانتحارية الملحة أو الوهمية.[43] أظهرت إحدى الدراسات أن معدل الانتحار أعلى بتسع مرات لدى المرضى الذين يعانون اضطرابًا شديدًا ويتناولون الأدوية مقارنة بالمرضى المصابين باضطرابات مماثلة الذين يُعالَجون بالصدمات الكهربائية.

اقترح فرويد، في الوقت نفسه تقريبًا الذي طرح دوركهايم فيه أطروحته، أن الانتحار غالبًا ما يكون دافع قتل تجاه شخص آخر ينفذه المرء على نفسه.[44] ومؤخرًا، قال عالم النفس إدوين شنيدمان إن الانتحار هو «جريمة قتل منعكسة على الذات».[45] كما قدم فرويد مفهوم «غريزة الموت» التي تكون في توتر دائم مع غريزة الحياة. وكان يعتقد أن غريزة الموت هذه، مقترنة بإرادة الحياة، يمكن أن تؤدي إلى سلوكيات انتحارية. كتب فرويد: «إن الغريزتين الأساسيتين تعملان ضد بعضهما بعضًا أو تتحدان مع بعضهما بعضًا. وبالتالي فإن فعل الأكل هو تدمير لشيء (الطعام) بهدف دمجه نهائيًّا بداخل المرء، والفعل الجنسي هو فعل عدواني بهدف الاتحاد الأكثر حميمية. إن العمل المتزامن والمتعارض بين الغريزتين الأساسيتين يؤدي إلى التنوع الكامل لظواهر الحياة».[46] الانتحار هنا هو النقيض لإرادة الحياة. قال كارل مينينجر، الذي كتب على نطاق واسع عن الانتحار، إن الانتحار يتطلب تزامن «رغبة المرء في أن يقتل، وأن يُقتَل، والرغبة في الموت».[47] كتب جي كي تشيسترتون، متبعًا المنظور نفسه[48]:

الشخص الذي يقتل شخصًا، يقتل شخصًا
الشخص الذي يقتل نفسه يقتل الناس جميعًا
إنه يمحي جميع العالم من وجهة نظره

وبينما نواجه الضغوط المزمنة التي لسنا مجهزين لمواجهتها، فإننا نعتمد على الناقلات العصبية ونفرط في استخدامها. إن اندفاع الناقلات العصبية التي نحفزها في حالة التوتر المفاجئ لا يمكن الحفاظ عليه في أثناء الضغط المستمر. ولهذا السبب، فإن الأشخاص الذين يعانون الضغط النفسي المزمن والتوتر يميلون إلى استنزاف الناقلات العصبية لديهم.(49) يبدو أن الاكتئاب الانتحاري له بعض الخصائص العصبية الحيوية المميزة، التي قد تسبب سلوكًا انتحاريًّا أو قد تعكس ببساطة الميول الانتحارية.(50) عادة ما تحدث محاولات الانتحار الفعلية بسبب الضغوط الخارجية، التي تشمل في كثير من الأحيان تعاطي الكحول، والأمراض الخطيرة، وأحداث الحياة السلبية. تتحدد مدى قابلية الشخص للانتحار من خلال الشخصية، والجينات، والطفولة والتربية، وإدمان الكحول أو تعاطي المخدرات، والأمراض المزمنة، ومستوى الكوليسترول.(51) معظم معلوماتنا عن الدماغ الانتحاري تأتي من دراسات ما بعد الوفاة. يكون لدى المنتحرين مستويات منخفضة من السيروتونين في مواقع رئيسية معينة في الدماغ. ولديهم أعداد زائدة من مستقبلات السيروتونين، مما قد يعكس محاولة الدماغ لتعويض المستويات المنخفضة من السيروتونين.(52) ويبدو أن مستوى السيروتونين يكون منخفضًا بشكل خاص في المناطق المرتبطة بالتثبيط، ويبدو أن هذا الانخفاض يخلق حرية قوية للتصرف باندفاع بناءً على العاطفة. غالبًا ما يكون لدى الأشخاص الذين يعانون العدوان الجامح انخفاض في السيروتونين في المنطقة نفسها. يمتلك القتلة المتهورون ومشعلو الحرائق مستويات أقل من السيروتونين مقارنة بمعظم الناس(53)، بما في ذلك القتلة غير المندفعين أو المجرمون الآخرون. وتُظهر التجارب على الحيوانات أن الرئيسيات التي لديها نسبة منخفضة من السيروتونين هي أكثر عرضة للمخاطرة وللعدوانية من نظرائها.(54) يمكن أن يسبب التوتر والضغط النفسي ترشيح الناقلات العصبية وزيادة إنتاج الإنزيمات التي تدمرها. ويبدو أن مستويات النورأدرينالين والنورإبينفرين تكون منخفضة في أدمغة المنتحرين بعد الوفاة، على الرغم من أن النتائج أقل اتساقًا من نتائج السيروتونين.(55) ويبدو أن الإنزيمات التي تحطم النورإبينفرين تكون موجودة بكميات زائدة، كما أن المواد الكيميائية الضرورية لعمل الأدرينالين تكون موجودة بكميات منخفضة. ما يعنيه كل هذا من الناحية الوظيفية هو أن الأشخاص الذين لديهم مستويات منخفضة من الناقلات العصبية الأساسية في المناطق الرئيسية معرضون بشكل كبير لخطر الانتحار.(56) هذه هي النتيجة التي توصل إليها

باستمرار جون مان، وهو باحث رائد في مجال الانتحار يعمل الآن في جامعة كولومبيا. وقد استخدم ثلاثة مقاييس مختلفة لمستويات السيروتونين في المرضى ذوي الميول الانتحارية. استقرأت ماري أسبيرج، من مستشفى كارولينسكا في السويد، الآثار السريرية لمثل هذه المواد.[57] وفي دراسة رائدة، تتبعت المرضى الذين قاموا بمحاولات انتحار سابقة، الذين بدت مستويات السيروتونين لديهم منخفضة؛ 22% منهم انتحروا خلال عام واحد. وقد أكدت الأبحاث اللاحقة أنه في حين أن 15% فقط من المصابين بالاكتئاب ينتحرون، فإن 22% من المصابين بالاكتئاب المنخفض السيروتونين سوف ينتحرون.

وبالنظر إلى أن التوتر والضغط يستنزفان السيروتونين، وأن انخفاض السيروتونين يزيد من العدوانية، وأن العدوانية العالية تؤدي إلى الانتحار، فليس من المستغرب أن يكون الاكتئاب الناتج عن التوتر والضغط هو أكثر نوع من المرجح أن يؤدي إلى الانتحار. يؤدي التوتر إلى العدوان لأن العدوان غالبًا ما يكون أفضل طريقة للتعامل مع التهديدات قصيرة المدى التي تسبب التوتر. ومع ذلك، فإن العدوان لا يكون محددًا، وعلى الرغم من أنه مفيد في محاربة المهاجم، فإنه قد ينقلب أيضًا ضد نفسه. يبدو أن العدوان غريزة أساسية، في حين أن الاكتئاب والأفكار الانتحارية هي دوافع معرفية أكثر تعقيدًا تطورت لاحقًا. من وجهة نظر تطورية، تتشابك القدرة على تعلم سلوك الحماية الذاتية مع القدرة غير المرغوب فيها على تعلم سلوك التدمير الذاتي. إن احتمالية الانتحار هي عبء يرافق مستوى الوعي الذي يميز الإنسان عن غيره من الحيوانات.

قد تلعب الوراثة دورًا في تحديد مستويات السيروتونين المنخفضة، حيث يرتبط الجين المسؤول عن تنظيم إنزيم التربتوفان هيدروكسيلاز بقوة بارتفاع معدلات الانتحار.[58] لا ترتبط الجينات بالاضطرابات النفسية والعقلية فحسب، بل ترتبط أيضًا بسمات مثل الاندفاع والعدوان والعنف، مما يزيد من خطر الانتحار لدى الأفراد الذين لديهم مثل هذه الاستعدادات الجينية. أظهرت التجارب التي أُجريت على القرود التي نشأت دون أمهات أن تلك التنشئة تخفض مستويات السيروتونين في مناطق معينة.[59] ويبدو من المرجح أن سوء المعاملة المبكر قد يؤدي إلى خفض مستويات السيروتونين بشكل دائم وبالتالي زيادة احتمال الانتحار (بصرف النظر تمامًا عن مشكلة الاكتئاب المعرفي الناجم عن سوء المعاملة تلك). وقد يؤدي تعاطي المخدرات إلى انخفاض مستويات السيروتونين بشكل أكبر، وكذلك انخفاض نسبة الكوليسترول في الدم.[60] وقد يؤدي الضرر العصبي الذي يصيب الجنين، الناتج عن تعاطي الأم الكحول أو الكوكايين، إلى تعريض الأطفال لاضطرابات مزاجية تؤدي إلى الانتحار[61]؛ في حين أن نقص اهتمام الأم قد يحرمهم من الاستقرار التنموي المبكر. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يؤثر النظام الغذائي سلبًا على وظائف المخ. لدى الرجال مستويات أقل من السيروتونين مقارنة بالنساء.[62] لذلك، فإن الرجل الذي يعاني ضغوطًا ولديه استعداد وراثي لانخفاض مستوى السيروتونين، ولم ينشأ مع أمه، ويتعاطى المخدرات، ويعاني انخفاض نسبة

الكوليسترول، قد يناسب صورة الشخص الأكثر عرضة لخطر الانتحار. إن الأدوية التي تزيد من مستويات السيروتونين لدى هؤلاء الأفراد قد تكون عوامل جيدة لمنع الانتحار. قد تُستخدَم فحوصات الدماغ للكشف عن مستويات نشاط السيروتونين في الأجزاء ذات الصلة من الدماغ -وهي تقنية غير موجودة الآن ولكنها قد تكون موجودة قريبًا- لتقدير احتمالية محاولة شخص ما الانتحار.[63] قد تسمح لنا تقنيات تصوير الدماغ الأفضل في النهاية بفحص أدمغة الأشخاص المصابين بالاكتئاب وتحديد الأشخاص الذين من المرجح أن يحاولوا الانتحار. لدينا طريق طويل لنقطعه. تقول كاي جاميسون في كتابها الرائع عن الانتحار: «إن المبالغة في تبسيط هذه التفاعلات ستكون خطأ فادحًا، أقرب إلى المعتقدات البدائية السابقة التي تُرجِع الاضطرابات النفسية والمزاجية إلى المس الشيطاني».[64]

هناك أدلة على أن معدل الانتحار يمكن احتواؤه بعوامل خارجية؛ فعندما يصعب الحصول على الأسلحة النارية والعقاقير المهدئة، تكون معدلات الانتحار أقل بشكل واضح من أي مكان آخر.[65] لقد جعلت التكنولوجيا الحديثة الانتحار أسهل وأقل إيلامًا من أي وقت مضى، وهذا أمر خطير للغاية. وعندما حولت إنجلترا خدمات الغاز من غاز فحم الكوك القاتل إلى الغاز الطبيعي الأقل سمية، انخفض معدل الانتحار بمقدار الثلث، مع انخفاض حالات الانتحار السنوية المرتبطة بالغاز من 2368 حالة إلى 11 حالة.[66] يمكن أن تكون الأفكار والدوافع الانتحارية متهورة في بعض الأحيان، ومن خلال الحد من الوصول الفوري إلى وسائل إيذاء النفس، قد تتاح للأفراد الفرصة لإعادة النظر في الأمر والعدول عن رأيهم. الولايات المتحدة هي الدولة الوحيدة في العالم التي تكون فيها الأسلحة هي الوسيلة الأساسية للانتحار. إن عدد الأمريكيين الذين يقتلون أنفسهم بالبنادق يفوق عدد الذين يُقتَلون بها كل عام في الولايات المتحدة.[67] الولايات العشر التي لديها أضعف قوانين للسيطرة على الأسلحة لديها معدل انتحار ضعف معدل الانتحار في الولايات العشر التي لديها أقوى القوانين.[68] في عام 1910، في اجتماع لجمعية فيينا للتحليل النفسي، قال ديفيد أوبنهايم: «إن المسدس المحشو يدفع صاحبه نحو فكرة الانتحار». وفي عام 1997، قتل نحو ثمانية عشر ألف أمريكي أنفسهم بالبنادق، استجابةً لهذه الرغبة. قد يختلف الأسلوب المستخدم حسب الموقع والعمر والحالة. ففي الصين، تنتحر أعداد كبيرة من النساء عن طريق تناول المبيدات الحشرية والأسمدة السامة لأن هذه المواد متوفرة بسهولة.[69] وفي البنجاب بالهند، تتم أكثر من نصف حالات الانتحار بالقفز أمام القطارات.[70]

غالبًا ما يكون الانتحار مظهرًا للنهاية الاكتئابية لطيف المزاج الهوسي الاكتئابي، وهذا هو السبب الذي يُعطى عادةً لتفسير ارتفاع معدل الانتحار بين الأشخاص الناجحين للغاية. ومن الصحيح أيضًا أن الأشخاص الناجحين يميلون إلى وضع معايير عالية لأنفسهم وغالبًا ما يشعرون بخيبة أمل حتى في أعظم إنجازاتهم. من الممكن أن يؤدي نقد الذات المتكرر واجترار الأفكار إلى ميول انتحارية، وهو ما يحدث بشكل متكرر بين الفنانين وغيرهم من

المبدعين.[71] لكن المعدل مرتفع أيضًا بين رجال الأعمال الناجحين؛ فيبدو أن بعض الصفات التي تصنع النجاح تؤدي أيضًا إلى الانتحار. إن العلماء والموسيقيين ورجال الأعمال رفيعي المستوى هم أكثر عرضة للانتحار بخمس مرات من عامة الناس؛ كما أن الكُتاب، وبخاصة الشعراء، لديهم معدل انتحار أعلى.

ما يقرب من ثلث جميع حالات الانتحار المكتملة وربع جميع المحاولات يرتكبها مدمنو الكحول.[72] أولئك الذين يحاولون الانتحار والذين كانوا في حالة سُكر أو يتعاطون المخدرات في وقت محاولتهم هم أكثر عرضة للنجاحِ في قتل أنفسهم من أولئك الذين ليسوا في حالة سكر. وخمسة عشر بالمائة من مدمني الكحول الخطيرين ينتحرون. وقد وصف كارل مينينجر إدمان الكحول بأنه «شكل من أشكال التدمير الذاتي يُستَخدم لتجنب المزيد من التدمير الذاتي».[73] وفي بعض الحالات، تمهد سلوكيات التدمير الذاتي الخفيفة الطريق لمزيد من التدمير الذاتي المميت.

إن الاكتشاف المبكر للأمر صعبٌ للغاية. عندما كنت مكتئبًا بشدة، زرت طبيبًا نفسيًّا كنت أتمنى أن أتلقى العلاج معه، ووافق على علاجي بشرط أن أتعهد بعدم الانتحار وأنا تحت رعايته. وكان هذا، على ما أعتقد، يُشبه إلى حد ما موافقة طبيب الصدر على علاجك من السل ما دمت لم تسعل مرة أخرى. وفي مناسبة أخرى، وأنا على متن طائرة في طريق عودتي إلى المنزل بعد مؤتمر حول تصوير الدماغ، انخرطتُ في محادثة مع أحد الركاب كان قد لاحظ أنني أقرأ كتابًا عن الاكتئاب. قال: «أنا مهتم نوعًا ما بما تقرؤه. لقد عانيت شخصيًّا الاكتئاب». أغلقت كتابي واستمعت إليه وهو يصف تاريخه النفسي. أُدخِل إلى المستشفى مرتين بسبب الاكتئاب الشديد. تناول الدواء لفترة من الوقت وشعر بتحسن ولذلك توقف عن تناول أدويته. لقد تخلى أيضًا عن العلاج النفسي الآخر لأنه تعامل مع المشكلات التي أصابته في الماضي. وكان قد أُلقي القبض عليه مرتين لحيازته الكوكايين وقضى عقوبة قصيرة في السجن. لم يكن على اتصال بوالديه كثيرًا، ولم تكن حبيبته تعلم أُنه أصيب بالاكتئاب من قبل. كانت الساعة نحو العاشرة والنصف صباحًا، وطلب كوبًا من الويسكي المثلج من المضيفة.

«هل عادة ما تخبر الغرباء بالكثير عن نفسك؟» سألته بلطف قدر استطاعتي.

اعترف قائلًا: «حسنًا، أحيانًا أفعل ذلك. أحيانًا أجد أنه من الأسهل التحدث إلى الغرباء مقارنة بالتحدث إلى الأشخاص الذين أعرفهم حقًّا. حيث تتحرر من الخوف من أن يُنظَر إليك نظرة سلبية. لكن ليس أي شخص غريب بالطبع، إذ يبدو وكأن لدي شعورًا حقيقيًّا بالناس وأعلم ما إذا كانوا أشخاصًا يصلحون للتحدث معهم. وهذا ما شعرت به وأنا أجلس هنا بجوارك».

كان كل ذلك علامات واضحة على الاندفاع والتهور. سألته: «هل سبق لك أن حصلت على مخالفات سرعة؟».

قال: «واو، هل أنت عراف أو شيء من هذا قبيل؟ أحصل على الكثير من مخالفات السرعة طوال الوقت؛ في الواقع، عُلِّقت رخصتي لمدة عام».

لو كنت قد حضرت للتو مؤتمرًا عن أمراض القلب وكنت جالسًا بجوار رجل يبلغ وزنه ثلاثمائة رطل يدخن مثل المدخنة ويأكل أعواد الزبد، ويشكو من ألم في الصدر يمتد إلى ذراعه اليسرى، ربما كنت سأرى أنه من المناسب تحذيره من أنه في خطر حقيقي وحالي. لكن إخبار شخص ما بأنه مُعرض لخطر الانتحار هو أمر أصعب بكثير. لذا اكتفيت بالتلميح إلى الموضوع، ونصحت صديقي الجديد بالعودة إلى تناول الأدوية، وأخبرته أنه من الجيد أن يتواصل مع طبيب نفسي في حالة تكرار أية أعراض. لم أستطع أن أقول عبارة من قبيل: «قد تشعر أنك بخير الآن، لكنك تتجه نحو الانتحار ويجب عليك اتخاذ تدابير وقائية على الفور».

النماذج الحيوانية للانتحار محدودة ومقيدة لأن الحيوانات لا تفهم مفهوم الموت في حد ذاته وغير قادرة على السعي بوعي إلى موتها. لا يمكنك أن تتوق إلى ما لا تفهمه. إن الانتحار هو الثمن الذي يدفعه البشر مقابل الوعي الذاتي، وهو ما لا يوجد في شكل مماثل بين الكائنات الأخرى. ومع ذلك، يمكن لأفراد هذه الكائنات أن يؤذوا أنفسهم عمدًا، وكثيرًا ما يفعلون ذلك إذا تعرضوا لتقلبات مفرطة. إذ تلجأ الفئران التي تُحشَد معًا في مكانٍ ضيق إلى أكل ذيولها.[74] وتبدأ قرود الريسوس، التي تُربَّى دون أمهات، بإيذاء نفسها عند عمر خمسة أشهر تقريبًا؛ ويستمر هذا السلوك طوال الحياة حتى عندما توضع القرود في مجموعة اجتماعية.[75] يبدو أن مستويات السيروتونين لدى هذه القرود تكون أقل من المعدل الطبيعي في مناطق مهمة من الدماغ. يرتبط البيولوجي مرة أخرى بالاجتماعي. لقد انبهرت عندما سمعت عن انتحار أخطبوط، دُرِّب في سيرك، وكان معتادًا القيام ببعض الألعاب والعروض للحصول على مكافآت من الطعام. عندما حُلَّ السيرك، حُفِظ الأخطبوط في حوض ولم يهتم أحد بالحيل والألعاب التي يقدمها. فقد لونه تدريجيًّا (تُعبر الأخطبوطات عن حالتها الذهنية من خلال ألوانها المتغيرة)، وأخيرًا استخدم حيله للمرة الأخيرة، وفشل في الحصول على مكافأته، فاستخدم منقاره لطعن نفسه بشدة لدرجة أنه مات.[76]

كشفت الأبحاث الحديثة التي أُجريت على النماذج البشرية عن وجود علاقة وثيقة بين الانتحار ووفاة الوالدين. تشير إحدى الدراسات إلى أن ثلاثة أرباع حالات الانتحار المكتملة يرتكبها أشخاص تعرضوا لصدمة نفسية في مرحلة الطفولة بسبب وفاة شخص قريب منهم، وغالبًا ما يكون أحد الوالدين.[77] يؤدي عدم القدرة على التعامل مع هذه الخسارة في وقت مبكر من الحياة إلى عدم القدرة على التعامل مع الخسارة بشكل عام. غالبًا ما يوجِّه الصغار الذين يفقدون أحد والديهم اللوم إلى أنفسهم، مما يمنعهم من الشعور بقيمة أنفسهم. وقد يتصارعون أيضًا مع المشكلات المتعلقة بثبات الأشياء؛ فإذا كان الوالد الذي يعتمد عليه الشخص يمكن أن يختفي ببساطة بين يوم وليلة، فكيف يمكن للمرء أن يثق في أي شيء؟

قد تكون الإحصائيات مبالغًا فيها، لكن غالبًا، كلما خسر الشخص أكثر، زادت احتمالية تدمير نفسه.

إن الانتحار في وقت مبكر من الحياة منتشر على نطاق واسع، حيث يقتل نحو خمسة آلاف شخص بين الثامنة عشرة والرابعة والعشرين أنفسهم في الولايات المتحدة كل عام؛ وما لا يقل عن ثمانين ألفًا يقومون بمحاولات انتحار.[78] وواحد من كل ستة آلاف أمريكي بين سن العشرين والرابعة والعشرين ينتحر. يظهر الانتحار أكثر لدى المراهقين والشباب. فالانتحار هو السبب الثالث بين أسباب الوفاة بالنسبة إلى الأمريكيين الذين تتراوح أعمارهم بين خمسة عشر وأربعة وعشرين عامًا. لا يوجد إجماع حول سبب تزايد الانتحار في هذه الفئة. وقد أشار جورج هاو كولت أنه «اقتُرِحت مجموعة من التفسيرات لتفسير «وباء» انتحار الشباب هذا من قبيل: تفكك النسيج الأخلاقي في أمريكا، وانهيار الأسرة النووية، والضغط المدرسي، وضغط الأقران، وضغط الوالدين، والإرهاق، وإساءة معاملة الأطفال، والمخدرات، والكحول، وانخفاض نسبة السكر في الدم، والتليفزيون، والموسيقى الشعبية (موسيقى الروك، أو البانك، أو الهيفي ميتال، اعتمادًا على العقد)، والتعدد الجنسي، وتأخر الحضور في الكنيسة، وزيادة العنف، والعنصرية، وحرب فيتنام، والتهديد بالحرب النووية، ووسائل الإعلام، وانعدام الجذور، وزيادة الثراء، والبطالة، والرأسمالية، والحرية المفرطة، والملل، والنرجسية، وفضيحة ووترجيت، وخيبة الأمل في الحكومة، والافتقار إلى الأبطال، والأفلام التي تتناول الانتحار، والكثير من النقاش حول الانتحار، والقليل من النقاش حول الانتحار».[79] قد ينتحر المراهقون الذين لديهم توقعات أكاديمية عالية لأنفسهم إذا لم يرق أداؤهم إلى مستوى توقعاتهم أو توقعات آبائهم، فالانتحار أكثر شيوعًا بين المراهقين المتفوقين منه بين أقرانهم الأقل طموحًا.[80] كما أن الاضطرابات الهرمونية في سن البلوغ والسنوات التالية مباشرة هي أيضًا محددات قوية لانتحار المراهقين.

إن المراهقين الذين ينتحرون غالبًا ما لا يملكون نظرة قاتمة للموت، إذ يبدو أن الكثيرين منهم يعتقدون أن الموت ليس توقفًا تامًا للوعي.[81] في مدرسة تعاني وباء الانتحار، قال أحد الطلاب قبل أن ينتحر إنه وجد أنه من الغريب أن يكون على قيد الحياة وصديقه ميتًا. وكانت إحدى المدن الصغيرة في جرينلاند التي زرتها في عام 1999 قد شهدت سلسلة غريبة من الوفيات؛ فقد قتل أحد الطلاب نفسه، وسرعان ما تبعه عشرات آخرون. وكان أحد هؤلاء المنتحرين قد قال في اليوم السابق لانتحاره إنه يفتقد صديقه الغائب، وبدا وكأنه يقتل نفسه كوسيلة للعبور إلى المكان الذي ذهب إليه صديقه. كما أن المراهقين هم أكثر عرضة للاعتقاد بأن محاولة الانتحار لن تؤدي إلى الموت. قد يستخدم هؤلاء الأشخاص محاولة الانتحار لمعاقبة الآخرين؛ كما كنت أقول لأمي عندما كنت طفلًا: «سآكل الدود ثم أموت وستندمين على سوء معاملتك لي». مثل هذه الأفعال، بغض النظر عن مدى كونها بمنزلة ابتزاز وتلاعب، هي على الأقل صرخة عالية لطلب المساعدة. إن المراهقين والصغار الذين نجوا من محاولة انتحار

يستحقون اهتمامنا ودعمنا؛ إن مشكلاتهم خطيرة بالفعل، وحتى لو لم نفهم السبب، فيجب علينا أن نتقبل خطورة الأمر.

على الرغم من أن هناك ارتفاعًا دراماتيكيًّا للانتحار بين المراهقين، فإن أعلى معدل للانتحار يكون بين الرجال الذين تزيد أعمارهم على خمسة وستين عامًا.[82] هناك مجموعة فرعية من هذه الفئة وهي مجموعة الرجال البيض الذين تزيد أعمارهم على خمسة وثمانين عامًا يبلغ معدل الانتحار فيها واحدًا من كل ألفين. هناك ميل مؤسف للاعتقاد بأن حالات انتحار كبار السن أقل إثارة للشفقة من حالات انتحار الشباب. لكن اليأس إلى حد الموت مدمر بغض النظر عمَّن يصيبه. من الواضح أن كل يوم من أيام الحياة يجعلنا أقرب إلى الموت؛ لكن فكرة أن كل يوم من أيام الحياة يجعل تدمير المرء لذاته أكثر قبولًا هي نسخة غريبة من هذا المفهوم. نحن نميل إلى افتراض أن انتحار كبار السن هو أمر عقلاني، لكنه في الواقع يكون في كثير من الأحيان نتيجة لاضطرابات نفسية غير معالَجة. علاوة على ذلك، يتمتع كبار السن بشكل عام بفهم عميق للموت. فبينما يلجأ المراهقون إلى الانتحار هربًا من الحياة لتجربة مختلفة، يميل كبار السن إلى رؤية الموت كحالة نهائية. وهم يعرفون ماذا يفعلون، فمحاولات الانتحار الفاشلة أقل تواترًا بين هذه الفئة منها بين المراهقين والشباب. يستخدم كبار السن أساليب مميتة بقوة في حالات الانتحار، وهم أقل عرضة من أي شخص آخر للتعبير عن نيتهم مقدمًا.[83] لدى الرجال المطلقون أو الأرامل أعلى معدل انتحار على الإطلاق.[84] إذ نادرًا ما يطلبون المساعدة المتخصصة لعلاج الاكتئاب، وغالبًا ما يقبلون أن مشاعرهم السلبية هي مجرد انعكاس حقيقي لحياتهم الآخذة في التدهور.

بالإضافة إلى الانتحار الصريح، ينخرط العديد من كبار السن في سلوكيات انتحارية مزمنة؛ فهم يختارون عدم إطعام أنفسهم، وعدم الاعتناء بأنفسهم، والتخلي عن حياتهم قبل أن تخذلهم أجسادهم تمامًا. وبعد التقاعد، فإنهم يسمحون لمعدل نشاطهم بالتباطؤ، وفي كثير من الحالات يتخلون عن أنشطتهم الترفيهية بسبب الفقر وتدني الوضع الاجتماعي، ويعزلون أنفسهم. وبينما يصابون بأشكالٍ متفاقمة بشكل خاص من الاكتئاب -المشكلات الحركية، والوساوس المرضية، والبارانويا- يعانون أيضًا انحلالًا جسديًّا كبيرًا.[85] يعاني ما لا يقل عن نصف كبار السن المصابين بالاكتئاب شكاوى جسدية متوهمة جزئيًّا، التي غالبًا ما يعتقدون، في الفترة السابقة للانتحار، أنها أكثر إعاقةً واستعصاءً على الحل مما هي عليه في الواقع.[86]

إن حالات الانتحار غير المعروفة كبيرة للغاية، ويرجع ذلك جزئيًّا إلى أن بعض المنتحرين يخفون أفعالهم، وجزئيًّا لأن أولئك المقربين منهم لا يرغبون في الإقرار بحقيقة الانتحار. اليونان لديها واحدة من أدنى معدلات الانتحار المُبلغ عنها في العالم. وهذا لا يعكس المناخ المشمس والثقافة المريحة للبلاد فحسب، بل يعكس أيضًا فكرة أنه وفقًا للكنيسة اليونانية، لا يمكن دفن المنتحرين في أرض مقدسة. وهذا سبب واضح لعدم الإبلاغ عن حالات الانتحار في اليونان. إن المجتمعات التي يكون فيها مستوى العار عاليًا لديها عدد أقل من حالات

الانتحار المبلغ عنها.[87] ثم هناك الكثير مما يمكن أن نسميه حالات الانتحار اللاواعي، حيث يعيش الأفراد بتهور ويموتون في النهاية بسبب سلوكهم اللامبالي، الذي يتأثر أحيانًا بدرجة من النزوع للتدمير الذاتي. يمكن أن يكون الخط الفاصل بين التدمير الذاتي بشكل غير مباشر والانتحار، وفقًا للكنيسة اليونانية، ضبابيًا. إن الأفراد الذين ينخرطون في أعمال تساهم في تدهور حالتهم دون فوائد واضحة يكونون في مرحلة أولية من الانتحار. تُفرق بعض الأديان بين التدمير الذاتي الإيجابي والسلبي مُعتبرةً على سبيل المثال أن التوقف عن تغذية نفسك في المراحل المتأخرة من مرضٍ عضال قد لا يكون خطيئة، في حين أن تناول جرعة زائدة من الحبوب يعد خطيئة. بطريقة أو بأخرى، يوجد انتحار في العالم أكثر بكثير مما تعتقد، أيًّا كان ما تعتقده.

تعدُّ وسائل الانتحار متنوعة بشكل مذهل. توضح كاي جاميسون بعض الأساليب الغريبة في كتابها «الليل يخيم سريعًا»، مثل شرب الماء المغلي؛ ودفع عصا المكنسة في الحلق؛ وغرز إبر الرتق في البطن؛ وابتلاع الجلود والحديد؛ والقفز في البراكين؛ وابتلاع الديناميت، أو الفحم الساخن، أو الملابس الداخلية، أو أغطية السرير؛ وخنق المرء نفسه بشعره؛ واستخدام المثاقب الكهربائية لإحداث ثقوب في الدماغ؛ والمشي في الثلوج دون ملابس ثقيلة؛ والترتيب لقطع الرأس ذاتيًّا؛ وحقن زبدة الفول السوداني أو المايونيز في مجرى الدم؛ والتحليق بطائرة ثم الاصطدام بجبال، ووضع عنكبوت الأرملة السوداء على الجلد؛ والإغراق في أوانٍ ممتلئة بالخل؛ والاختناق في الثلاجات؛ وشُرب حمض؛ وابتلاع مفرقعات نارية؛ والخنق بالمسبحة. لكن في الولايات المتحدة، الأساليب الأكثر شيوعًا هي الأساليب الواضحة: الأسلحة والمخدرات والشنق والقفز.[88]

لا أواجه في كثير من الأحيان أفكارًا انتحارية غامرة. وفي حين أنني أفكر في الانتحار بانتظام، وبخاصة في أحلك لحظات حياتي، فإن الفكرة تظل ضبابية في ذهني، مُغلفة باللاواقعية التي يتخيل بها الأطفال الشيخوخة. أعرف متى تسوء الأمور لأن أساليب الانتحار التي أتخيلها تصبح أكثر تنوعًا وإلى حد ما أكثر عنفًا. تترك خيالاتي الحبوب الموجودة في صندوق الأدوية الخاص بي وحتى المسدس الموجود في خزنتي وتمتد إلى معرفة ما إذا كان من الممكن استخدام شفرات ماكينة الحلاقة لقطع معصمي، أو ما إذا كان من الأفضل استخدام سكين حاد. لقد ذهبت إلى حد تجربة التمسك بعارضة فقط لمعرفة ما إذا كانت قوية بما يكفي لدعم حبل المشنقة. لقد فكرت في التوقيت وتحديده: متى سأكون وحدي في المنزل، وفي أي ساعة يمكنني التنفيذ. في أثناء القيادة عندما أكون في مثل هذه الحالة المزاجية، أفكر كثيرًا في المنحدرات، ولكن بعد ذلك أفكر في الأكياس الهوائية وإمكانية إيذاء الآخرين، وهذه الطريقة عادةً ما تبدو فوضوية للغاية بالنسبة لي. هذه كلها تخيلات حقيقية للغاية ويمكن أن تكون مؤلمة جدًّا، لكنها ظلت حتى الآن في مخيلتي. لقد انخرطت في بعض السلوكيات المتهورة التي يمكن وصفها بأنها شِبه انتحارية، وكثيرًا ما أردت أن أموت؛ في

لحظات الضعف، داعبتُ الفكرة، تمامًا كما داعبت في لحظات حياتي الجيدة فكرة تعلم العزف على البيانو؛ لكنها لم تخرج عن نطاق السيطرة في داخلي أو تحولت إلى واقع يسهل الوصول إليه. كنت أرغب في الهروب من الحياة ولكني كنت أفتقر إلى الدافع لمحو وجودي تمامًا.

لو كانت حالات الاكتئاب التي عانيتها أسوأ أو أطول، أستطيع أن أتخيل أنني كنت سأصبح أكثر ميلًا للانتحار، لكنني لا أعتقد أنه كان بإمكاني أن أقتل نفسي دون وجود دليل دامغ على أن وضعي ميؤوس منه. إذ على الرغم من أن الانتحار يمكن أن يوفر الراحة من المعاناة الحالية، فإنه في معظم الحالات يكون محاولة للهروب من المعاناة المستقبلية. لقد ورثت تفاؤلًا قويًّا من جانب والدي، ولأسباب قد تكون بيوكيميائية بحتة، فإن مشاعري السلبية، رغم أنها لا تطاق في بعض الأحيان، لم أشعر قط بأنها غير قابلة للتغيير بشكل قاطع بالنسبة لي. ما أستطيع أن أتذكره هو ذلك الشعور الغريب بانعدام المستقبل الذي اجتاحني في بعض أسوأ لحظات الاكتئاب؛ على سبيل المثال الشعور بالاسترخاء التام بشكل غير منطقي في أثناء إقلاع طائرة صغيرة لأنني لم أهتم حقًّا سواء تحطمت وقتلتني أو طارت وأوصلتني إلى وجهتي. لقد قمت بمجازفات حمقاء عندما سنحت لي الفرصة، وتعاطيت مخدرات. لم أكن أميل بشكل خاص إلى البحث عن هذه التجارب أو التخطيط لها. أخبرني أحد الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلات، الذي نجا من عدة محاولات انتحار، أنني لو لم أجرح معصمي قط، فلم أكن مكتئبًا حقًّا قط. اخترت عدم الانخراط في تلك المقارنات، ولكنني التقيت بالتأكيد أشخاصًا عانوا بشدة ولكنهم لم يحاولوا الانتحار مطلقًا.

في ربيع عام 1997، قفزت بالمظلة لأول مرة في ولاية أريزونا. غالبًا ما يُناقَش القفز بالمظلات باعتباره نشاطًا شِبه انتحاري، وإذا كنت قد مت بالفعل في أثناء قيامي بذلك، فإنني أتخيل أنه كان سيرتبط في خيال عائلتي وأصدقائي بحالاتي المزاجية. ومع ذلك -وأعتقد أن هذا هو الحال غالبًا بالنسبة إلى الفعل شِبه الانتحاري- لم يبد الأمر وكأنه دافع انتحاري بل كان بمنزلة دافع حيوي. لقد فعلت ذلك لأنني شعرت أنني بحالة جيدة لدرجة أنني قادر على ذلك. وفي الوقت نفسه، بعد أن راودتني فكرة الانتحار، كسرت بعض الحواجز التي كانت تحول بيني وبين محو الذات. لم أكن أريد أن أموت عندما قفزت من الطائرة، لكنني لم أخش الموت بالطريقة التي كنت أخشاه بها قبل اكتئابي، ولذلك لم أكن في حاجة إلى هذا القدر من الصرامة لتجنب ذلك. قفزت بالمظلة عدة مرات منذ ذلك الحين، والمتعة التي حصلت عليها من جرأتي، بعد أن عشت الكثير من الوقت في خوف لا مبرر له، لا نهائية. في كل مرة على باب الطائرة، أشعر باندفاع الأدرينالين والخوف الحقيقي، الذي، مثل الحزن الحقيقي، ثمين بالنسبة لي بسبب صدقه الواضح والبسيط. إنه يذكرني بما تدور حوله تلك المشاعر في الواقع. ثم يأتي السقوط الحر، والعجز الغامر والجمال والسرعة. ومن ثم الاكتشاف المجيد أن المظلة موجودة بعد كل ذلك. عندما تنفتح المظلة، تُوقف التيارات الصاعدة من الرياح السقوط فجأة، وأرتفع بعيدًا عن الأرض، كما لو أن ملاكًا جاء فجأة لإنقاذي وحملي إلى الشمس. وعندما

أبدأ في الغرق مرة أخرى، أفعل ذلك ببطء شديد وأعيش في عالم من الصمت بأبعاد متعددة. من الرائع أن تكتشف أن المصير الذي وثقت به كان على قدر تلك الثقة. كم كانت فرحتي عندما وجدت أن العالم يمكنه دعم تجاربي الأكثر جرأة وتهورًا، وحتى عندما أسقط، أشعر بأن العالم نفسه يحتضنني بأمان.

لقد أدركت بشدة فكرة الانتحار لأول مرة عندما كنت في التاسعة من عمري تقريبًا. فقد انتحر والد أحد زملاء أخي في الصف، وكان لا بد من تناول الموضوع في المنزل. لقد وقف ذلك الرجل أمام عائلته، وأدلى ببعض الملاحظات غير العادية، ثم قفز من النافذة، تاركًا زوجته وأطفاله ينظرون إلى جثة هامدة تملؤها الدماء على الأرض. قالت والدتي موضحة: «بعض الناس لديهم مشكلات لا يمكنهم حلها، ويصلون إلى النقطة التي لا يستطيعون العيش فيها بعد الآن. عليك أن تكون قويًّا لتتمكن من اجتياز الحياة. يجب أن تكون أحد الناجين». بطريقة ما لم أفهم مدى رعب ما حدث؛ بل كان الأمر به لمسة من الغرابة والإثارة.

عندما كنت في السنة الثانية في المدرسة الثانوية، أطلق أحد أساتذتي المفضلين النار على نفسه. عُثِر عليه في سيارته وبجانبه الكتاب المقدس مفتوحًا. أغلقت الشرطة الكتاب المقدس دون ملاحظة الصفحة. أتذكر مناقشة ذلك على مائدة العشاء. لم أكن قد فقدت حينها أي شخص قريب مني، لذا فإن حقيقة أن وفاته كانت انتحارًا لم تبرز بقدر ما تبرز الآن عندما أسترجع الأمر؛ كنت حينها أواجه لأول مرة حقيقة الموت بشكل ملموس. تحدثنا عن أنه لن يعرف أحد أبدًا على أي صفحة كان الكتاب المقدس مفتوحًا، وكان هناك شيء أدبي في داخلي جعلني أشعر بالحزن بسبب فشله في أن يسير الأمر كما خطط له وأن يرى الناس الصفحة؛ أكثر من شعوري بالحزن على فقدان حياته نفسها.

في سنتي الجامعية الأولى، قفزت الشريكة السابقة للشريك السابق لشريكتي العاطفية من مبنى في المدرسة. لم أكن أعرفها، لكنني شعرت أنني متورط في سلسلة الرفض التي شملتها، وشعرت بالذنب تجاه وفاتها.

وبعد سنوات قليلة من التخرج في الجامعة، انتحر أحد معارفي. شرب زجاجة من الفودكا. وجرح معصميه. ومن الواضح أنه كان مستاءً من بطء تدفق دمه، فصعد إلى سطح المبنى الذي يسكنه في نيويورك وقفز من فوقه. هذه المرة صُدمت. لقد كان رجلًا لطيفًا وذكيًّا وحسن المظهر، وكنت أشعر بالغيرة منه أحيانًا. كنت أكتب في ذلك الوقت للصحيفة المحلية. اعتاد أن يحصل على نسخته مبكرًا من بائع الجرائد الذي يعمل طوال الليل، وفي كل مرة أنشر شيئًا ما، يكون أول من يتصل بي ويهنئني. لم نكن قريبين من بعضنا بعضًا، لكنني سأتذكر دائمًا تلك المكالمات، ونبرة الرهبة الغريبة بعض الشيء التي كان يلقي بها مديحه. كان يخبرني بحزن بعض الشيء عن شكوكه بشأن الاتجاه الذي يسلكه في حياته المهنية وكيف كان ينظر إلي على أنني شخص أعرف جيدًا ما أفعله. كان هذا هو الشيء الكئيب الوحيد الذي

لاحظته فيه. بخلاف ذلك، ما زلت أفكر فيه كشخص مرح. كان يستمتع بالحفلات. في الواقع، أقام عدة حفلات رائعة. كان يعرف أشخاصًا مثيرين للاهتمام. لماذا يجرح مثل هذا الشخص معصميه ويقفز من السطح؟ ولم يتمكن طبيبه النفسي، الذي رآه في اليوم السابق، من تسليط الضوء على السؤال. هل كان هناك سبب حقًّا؟ عندما حدث ذلك، كنت لا أزال أعتقد أن الانتحار له منطق، وإن كان معيبًا.

لكن الانتحار لا يخضع للمنطق. كتبت لورا أندرسون، التي كافحت مثل هذا الاكتئاب الحاد: «لماذا يتعين عليهم دائمًا التوصل إلى «سبب»؟» نادرًا ما يكون السبب المقدم كافيًا للحدث؛ إن البحث عن القرائن والأسباب يكون مهمة المحللين والأصدقاء. لقد علمت ذلك حينها من حالات الانتحار التي قرأت عنها. إن قوائم المنتحرين طويلة ومؤلمة كتلك الموجودة في النصب التذكاري لقدامى المحاربين في فيتنام (عدد الشباب الذين انتحروا خلال حرب فيتنام أكبر من الذين ماتوا في أثناء القتال). لقد تعرض كل شخص لصدمة حادة قبل انتحاره: زوج أهان آخر، عاشق هجر آخر، شخص أذى نفسه بشدة، شخص فقد حبه الحقيقي بسبب المرض، شخص أفلس، شخص تعرض لحادث بسيارته، شخص استيقظ ذات يوم ولم يرغب ببساطة في أن يكون مستيقظًا، شخص آخر كره ليلة الجمعة. لكن إذا كان هؤلاء الأشخاص قد قتلوا أنفسهم، فقد فعلوا ذلك لأنهم كانوا ذوي ميول انتحارية، وليس لأن الانتحار كان النتيجة الواضحة لعملية تفكير منطقية. وبينما تصر المؤسسة الطبية على أن هناك دائمًا صلة بين المرض النفسي والانتحار، فإن بعض وسائل الإعلام المثيرة للجدل تشير إلى أن المرض النفسي لا يلعب أي دور حقيقيٍ في حالات الانتحار. إن تحديد أسباب للانتحار يجعلنا نشعر بالأمان. وهذه نسخة أكثر تطرفًا من المنطق الذي بموجبه يكون الاكتئاب الحاد نتيجة لأي شيء يثيره. لا توجد حدود واضحة المعالم هنا. إذ ما مقدار الميول الانتحارية التي يجب أن تمتلكها حتى تحاول الانتحار، ثم ما مقدار الميول الانتحارية التي يجب أن تمتلكها حتى تنتحر بالفعل، وأين تتحول النية من المحاولة إلى الارتكاب الفعلي؟ قد يكون الانتحار بالفعل (وفقًا لمنظمة الصحة العالمية) «فعلًا انتحاريًّا يؤدي إلى نتيجة مميتة»[89]، ولكن ما هي الدوافع الواعية وغير الواعية الكامنة وراء تلك النتيجة؟ غالبًا ما تكون الأفعال عالية الخطورة -بدءًا من تعريض النفس عمدًا لفيروس نقص المناعة البشرية مرورًا بإثارة غضب شخص ما ودفعه إلى القتل وصولًا إلى البقاء في الخارج في أثناء عاصفة ثلجية- شِبه انتحارية. تتراوح محاولات الانتحار من الواعية، والمركزة، والمتعمَّدة تمامًا، والموجهة نحو الهدف إلى أبسط أفعال إيذاء الذات. تقول كاي جاميسون إن «الفعل الانتحاري مُشبع بالتضارب والتناقض».[90] ويكتب ألفاريز: «أعذار الانتحار هي في الغالب غير ذات أهمية. وهي في أحسن الأحوال تخفف من ذنب الناجين، وتريح العقول المنطقية والمنهجية، وتشجع علماء الاجتماع في بحثهم الذي لا نهاية له عن نظريات مقنعة. إنها مثل حادثة حدودية تافهة تؤدي إلى حرب كبرى. إن الدوافع الحقيقية التي تدفع الإنسان إلى الانتحار موجودة في مكان آخر؛ إنها تنتمي إلى العالم

الداخلي، ملتوية، متناقضة، متشابكة، ومعظمها مخفية عن الأنظار».[91] وكتب كامو: «تتحدث الصحف غالبًا عن «الأحزان الشخصية» أو «الأمراض المستعصية». هذه التفسيرات معقولة، لكن يجب على المرء أن يعرف ما إذا كان صديق الرجل اليائس قد خاطبه في ذلك اليوم بلا مبالاة، فهو حينها المذنب. فهذا يكفي لإطلاق عنان كل الاستياء المكبوت وكل الملل الذي كان قابعًا تحت السطح».[92] وتصف المُنظرة النقدية جوليا كريستيفا العشوائية العميقة للتوقيت: «خيانة، أو مرض مميت، أو حادث ما، أو إعاقة تنتزعني فجأة بعيدًا عما بدا لي الفئة العادية من الأشخاص الطبيعيين، مرض أحد أفراد الأسرة... ما الذي يمكن أن أذكره أكثر؟ هناك عدد لا حصر له من المصائب التي تثقل كاهلنا كل يوم».[93]

في عام 1952، افتتح إدوين شنيدمان أول مركز لمنع الانتحار في لوس أنجلوس، وحاول التوصل إلى هياكل مفيدة (وليست نظرية) للتفكير في الانتحار. واقترح أن الانتحار هو نتيجة الإخفاق في الحب والسيطرة، وتشوه الصورة الذاتية، والحزن، والغضب.[94] «يبدو الأمر كما لو أن الدراما الانتحارية كانت تكتب نفسها بشكل مستقل، كما لو أن المسرحية كان لها عقل خاص بها. يجب أن نعترف بحقيقة أنه ما دام الأفراد يستطيعون إخفاء نواياهم بشكل فعال، سواء عن وعي أو بغير وعي، فلا يمكن لأي برنامج لمنع الانتحار أن يكون ناجحًا مئة بالمئة». تشير كاي جاميسون إلى هذا الإخفاء عندما تعرب عن إحباطها من حقيقة أن «خصوصية العقل تجعله يمثل حاجزًا مغلقًا تمامًا».[95]

قبل بضع سنوات، انتحر أحد زملائي في الكلية. لقد كان هذا الشخص غريبًا دائمًا، وفي بعض النواحي كان من السهل تفسير انتحاره. لقد تلقيت رسالة منه قبل بضعة أسابيع من وفاته وكنت أنوي معاودة الاتصال به ووضع خطة لتناول الغداء معًا. كنت بالخارج مع أصدقاء مشتركين عندما سمعت الخبر. سألتهم عندما ذكَّرني موضوع ما به: «هل تحدث أحد إلى فلان مؤخرًا؟». أجاب أحد الأصدقاء: «ألم تعرف؟ لقد شنق نفسه منذ شهر». لسبب ما، كانت تلك الصورة هي الأسوأ بالنسبة لي. كان يمكنني أن أتخيل الصديق وهو يتدلى في الهواء، وجسده وهو ينتفض بعد القفزة، وصورته وهو يتمايل على العارضة مثل البندول. أعلم أن مكالمتي الهاتفية ودعوتي له لتناول الغداء لم تكن لتنقذه من نفسه، لكن الانتحار يلقي بظلال من الذنب على الجميع، ولا أستطيع أن أطرد من ذهني فكرة أنني كنت سأحصل على إشارة أو تلميح لو رأيته، وأنني كنت سأفعل شيئًا بهذه الإشارة قد يمنعه من الانتحار.

ثم انتحر ابن أحد شركاء والدي في العمل. ثم انتحر ابن صديق والدي. ثم انتحر شخصان آخران أعرفهما. ومنذ أن كنت أكتب هذا الكتاب، سمعت من أشخاص فقدوا إخوتهم وأطفالهم وعشاقهم وأولياء أمورهم. من الممكن أن نفهم المسارات التي قادت شخصًا ما نحو الانتحار، لكن العقلية التي تكون موجودة في تلك اللحظة الفعلية للانتحار، والقفزة المطلوبة للقيام بالإجراء النهائي؛ هي أمر غير مفهوم ومرعب وغريب جدًّا لدرجة أنه يجعل المرء يشعر كما لو أنه لم يسبق له أن أعرف حقًّا الشخص الذي فعل ذلك.

في أثناء كتابة هذا الكتاب، سمعت عن العديد من حالات الانتحار، ويرجع ذلك جزئيًّا إلى العوالم التي كنت على اتصال بها، وجزئيًّا لأن الناس بعد كل ما أجريته من بحث كانوا ينظرون إلي، بحثًا عن نوع من الحكمة أو البصيرة التي كنت غير قادر على امتلاكها في الواقع. اتصلت بي صديقتي كريسي شميدت، البالغة من العمر تسعة عشر عامًا، في حالة صدمة عندما شنق أحد زملائها في مدينة أندوفر نفسه في غرفة نومه. كان الفتى قد انتُخِب رئيسًا للفصل. وبعد أن أُلقي القبض عليه وهو يشرب الخمر (وهو في السابعة عشرة من عمره)، عُزِل من منصبه. ألقى خطاب استقالته الذي لاقى ترحيبا حارًّا، ثم انتحر. لم تكن كريس تعرف الفتى إلا بشكل عابر، ولكن بدا أنه كان يمتلك شعبية كبيرة. كتبت كريسي في رسالة بالبريد الإلكتروني: «بعد خمس عشرة دقيقة أو نحو ذلك من عدم التصديق، انفجرت في البكاء. أعتقد أنني شعرت بأشياء كثيرة في الوقت نفسه: حزن لا يمكن وصفه بسبب الحياة التي انتهت، طوعًا، وبسرعة كبيرة؛ وغضب من المدرسة، لأنها جعلت من شرب الخمر أمرًا جللًا وتعاملت بقسوة شديدة مع الفتى؛ وربما قبل كل شيء، الخوف من أنني، في مرحلة ما، ربما شعرت بأنني قادرة على شنق نفسي في غرفتي أيضًا. لماذا لم أعرف هذا الفتى عندما كنت هناك؟ لماذا شعرت أنني الشخص الوحيد السيئ للغاية، والبائس للغاية، في حين أن الصبي الأكثر شعبية في المدرسة ربما كان يشعر بالكثير من الأشياء نفسها؟ لماذا بحق الجحيم لم يلاحظ أحد أنه كان يحمل مثل هذا العبء الثقيل معه؟ طوال تلك الأوقات، كنت مستلقية في غرفتي في السنة الثانية من الدراسة، أشعر بالحزن الشديد والارتباك بسبب العالم من حولي والحياة التي كنت أعيشها... لكنني ما زلت هنا، وأنا أعلم أنني لم أكن لأتخذ هذه الخطوة النهائية. أنا أومن بذلك حقًّا. لكنني اقتربت جدًّا من الشعور بأن ذلك كان على الأقل ضمن نطاق الإمكانية. ما الذي يمكن أن يدفع شخصًا ما إلى تلك الحافة النهائية القاتلة، عندما تكون الحياة شيئًا نحن على استعداد لخسارته؟» وأضافت في اليوم التالي: «إن موته يلقي الضوء على كل هذه الأسئلة التي لم يجب عنها أحد. ومسألة أنني يجب أن أطرح هذه الأسئلة وأنني لن أحصل على إجابتها أبدًا، هي مسألة محزنة بالنسبة لي الآن بشكل لا يطاق». هذه، في جوهرها، هي كارثة الانتحار بالنسبة إلى أولئك الذين نجوا: ليس فقط فقدان شخص ما، ولكن فقدان فرصة إقناع ذلك الشخص بالتصرف بشكل مختلف، وخسارة فرصة التواصل. لا يوجد أحد يتوق المرء إلى التواصل معه أكثر من شخص انتحر. عبارة «لو كنا نعرف فقط» هي مأساة آباء المنتحرين الذين يرهقون عقولهم محاولين معرفة أي قصور لديهم سمح بحدوث شيء صاعق كهذا؛ أي شيء كان يمكنهم قوله لمنع تلك الفاجعة.

لكن ليس هناك ما يقال، لا شيء يمكن أن يخفف من الوحدة التي تؤدي لتدمير الذات. تروي كاي جاميسون القصة المؤلمة لمحاولتها الانتحار في وقت كان فيه تفكيرها مضطربًا مثل مزاجها: «لا يمكن لأي قدر من الحب من الآخرين -وكان هناك الكثير- أن يساعد. لا توجد ميزة توفرها العائلة المهتمة أو الوظيفة الرائعة كان يمكن أن تكون كافية للتغلب على الألم

واليأس الذي شعرت به؛ ولا يوجد حب عاطفي أو رومانسي، مهما كان قويًّا، يمكن أن يحدث فرقًا. لم يكن هناك أي وسيلة لكي يخترق أي شيء دافئ وحيوي قوقعتي العاطفية. لقد أدركت أن حياتي كانت في حالة من الفوضى، واعتقدت -بلا شك- أن عائلتي وأصدقائي ومرضاي سيكونون في وضع أفضل دوني. شعرت أنه لم يتبق مني سوى القليل جدًّا، واعتقدت أن موتي سيحرر الطاقات المهدرة والجهود حسنة النية التي كُرِّست لقضية خاسرة وحالة ميؤوس منها».[96] ليس من غير المألوف أن يعتقد المرء أنه عبءٌ على الآخرين. كتب رجل انتحر في عبارته الأخيرة: «لقد فكرت في الأمر وقررت أنني سأوذي أصدقائي وأقاربي وأنا ميت أقل مما سأوذيهم وأنا حي».[97]

لا يجعلني البؤس الكبير أفكر في الانتحار، ولكن في بعض الأحيان، في حالة الاكتئاب، فإن أي شيء صغير يؤثر عليَّ للغاية ويُشعِرني بشعور غير منطقي من الرغبة في إنهاء حياتي. إذ أنظر مثلًا في المطبخ وأرى أنه يوجد الكثير من الأطباق المتسخة، وليس لدي القدرة على تنظيفها، إذن ربما من الأفضل أن أقتل نفسي. أو أقول لنفسي: انظر، القطار قادم ويمكنك القفز فحسب وإنهاء كل شيء. هل عليَّ أن أفعل ذلك؟ لكنه يصل إلى المحطة ويقف قبل أن أتخذ قراري. هذه الأفكار تُشبه أحلام اليقظة وأستطيع أن أرى سخافتها، لكنني أعلم أنها موجودة. لا أريد أن أنغمس في هذه الأفكار، ولا أريد العنف، ولكن بطريقة مثيرة للسخرية، يبدو أن الانتحار يبسط الأمور. إذا انتحرت، فلن أضطر إلى إصلاح السقف أو جز العشب أو الاستحمام مرة أخرى. أوه، تخيل تلك الرفاهية المتمثلة في عدم الاضطرار إلى تمشيط شعرك مرة أخرى. لقد قادتني محادثاتي مع الأشخاص الذين لديهم ميول انتحارية حادة إلى الاعتقاد بأن هذا الشعور -هذا التصور المفاجئ لطريق الهروب- أقرب إلى الشعور الذي يؤدي غالبًا إلى محاولة الانتحار مقارنة بالشعور باليأس التام الذي شعرت به خلال أحلك حالات الاكتئاب. إنه تصور مفاجئ للهروب والخلاص. إنه ليس شعورًا بالكآبة تمامًا، على الرغم من أنه قد يحدث في سياق غير سعيد. كما أنني أعرف أيضًا الشعور بالرغبة في قتل الاكتئاب وعدم القدرة على ذلك إلا بقتل النفس المصابة به. كتبت الشاعرة إدنا سانت فنسنت ميلاي[98]:

هل يجب عليَّ إذن، أيها الألم، أن أعيش معك طوال حياتي؟
أشاركك ناري، سريري..أوه المشاركة هي أسوأ ما في الأمر
تتشارك الرأس نفسه؟ وعندما أطعم نفسي، أطعمك أيضًا؟

إن تغذية بؤسك يمكن أن تصبح مرهقة للغاية بحيث لا يمكنك تحملها، وهذا الملل من العجز، وهذا الفشل في الانفصال عنه، يمكن أن يقوداك إلى النقطة التي يصبح فيها قتل الألم أكثر أهمية من إنقاذ نفسك.

لقد تحدثت إلى عددٍ كبير من الناجين من الانتحار في أثناء كتابتي لهذا الكتاب، وقد أخافني أحدهم بشكل خاص. التقيتُه في المستشفى في اليوم التالي لمحاولته. لقد كان ناجحًا وجذابًا ومتزوجًا سعيدًا إلى حدٍّ ما، ويعيش في إحدى ضواحي مدينة ساحلية أمريكية لطيفة، ويعمل طاهيًا في مطعم شعبي. لقد كان يعاني اكتئابًا دوريًّا، لكنه توقف عن تناول الدواء قبل شهرين تقريبًا، معتقدًا أنه سيكون بخير دونه. ولم يخبر أحدًا بأنه سيتوقف عن تناول الدواء، لكنه خفَّض جرعته بشكل مناسب على مدى بضعة أسابيع قبل التوقف عن العلاج بالكامل. لقد شعر بأنه بخير لبضعة أيام، لكن بعد ذلك بدأت تراوده أفكار انتحارية متكررة وصريحة مستقلة عن أعراض الاكتئاب الأخرى. استمر في الذهاب إلى العمل، لكن عقله كان ينجرف بانتظام إلى فكرة إنهاء حياته. وفي نهاية المطاف، قرر، لسبب يعتقد أنه وجيه، أن العالم سيكون أفضل دونه. رتَّب بعض الأمور الفضفاضة في حياته واتخذ الترتيبات اللازمة لاستمرار الأمور بعد رحيله. وبعد ظهر أحد الأيام، عندما قرر أن الوقت قد حان، ابتلع عبوتين من أقراص باراسيتامول. وفي منتصف الطريق تقريبًا، اتصل بزوجته في مكتبها ليودعها، وكان متأكدًا تمامًا من أنها ستفهم منطقه ولن تعارض قراره. لم تكن متأكدة في البداية مما إذا كانت هذه مزحة أم لا، لكنها سرعان ما أدركت أنه كان جادًّا. لقد كان يتناول الحبوب حتى في أثناء تحدثهما عبر الهاتف. في النهاية، انزعج منها لأنها عارضت خطته، وودعها، وأغلق الهاتف. وأخذ بقية الحبوب.

وفي غضون نصف ساعة وصلت الشرطة. وخرج الرجل، الذي أدرك أن خطته ستفشل، للدردشة معهم. وأوضح أن زوجته كانت غاضبة بعض الشيء، وأنها فعلت ذلك لتضايقه، وأنه لا يوجد سبب حقيقي لوجودهم هنا. كان يعلم أنه إذا تمكن من إيقافهم لمدة ساعة أخرى أو نحو ذلك، فإن الدواء سيدمر وظائف الكبد لديه (لقد أجرى بعض الأبحاث الدقيقة)، وكان يأمل أنه إذا لم يتمكن من إجبارهم على المغادرة، فيمكنه على الأقل تشتيت انتباههم. دعاهم لتناول كوب من الشاي ووضع الماء ليغلي. لقد كان هادئًا ومقنعًا للغاية لدرجة أن رجال الشرطة صدقوا قصته. وبالفعل تمكَّن من تشتيتهم واكتساب بعض الوقت. لكنهم قالوا إنه يتعين عليهم حقًّا التأكد من عدم وجود محاولة انتحار وسيضطرون للأسف إلى إجباره على مرافقتهم إلى غرفة الطوارئ. وجرى إنقاذه في اللحظة الأخيرة.

عندما تحدثت معه، وصف الأمر برمته بالطريقة التي أصف بها أحيانًا الأحلام باعتبارها أحداثًا يبدو أنني لعبت فيها دورًا نشطًا محيرًا لا أستطيع إدراك معناه. كان يتعافى من آلام المعدة وكان مهزوزًا للغاية، لكنه كان متسقًا تمامًا. قال لي: «لا أعرف لماذا أردت أن أموت، لكن يمكنني أن أخبرك أن الأمر كان منطقيًّا تمامًا بالنسبة لي بالأمس». ثم تناولنا التفاصيل. قال: «قررت أن العالم سيكون مكانًا أفضل دوني. فكرت في الأمر برمته ورأيت كيف سيُحرر ذلك زوجتي، وكيف سيكون أفضل للمطعم، وكيف سيكون ذلك مصدر ارتياح بالنسبة لي. هذا هو الأمر الغريب للغاية، حيث بدت فكرة جيدة ومعقولة تمامًا».

لقد شعر بارتياح كبير لأن أحدًا أنقذه من براثن هذه الفكرة «الجيدة». لن أصفه بأنه كان سعيدًا ذلك اليوم في المستشفى؛ بل كان مرعوبًا من الموت كالناجي من حادث تحطم طائرة. وكانت زوجته معه معظم اليوم. قال إنه يحبها وإنه يعلم أنها تحبه، وإنه كان يستمتع بعمله. ربما قاده شيء لا واعٍ بداخله إلى الهاتف عندما كان مستعدًّا لقتل نفسه، مما دفعه إلى الاتصال بزوجته بدلًا من كتابة رسالة. ولكن حتى لو كان هناك سبب أو دافع غير واعٍ أو خفي لذلك، فإنه لم يوفر له أي راحة أو عزاء لأنه لم يصبح واضحًا له بشكل واعٍ. سألت طبيبه عن المدة التي سيبقى فيها في المستشفى، فقال الطبيب إنه سيبقى حتى يستكشفوا منطقه المعيب بشكل أفضل ويحددوا مستويات الدواء في دمه. قال الطبيب: «يبدو أنه يتمتع بصحة جيدة بما يكفي ليعود إلى المنزل اليوم، لكنه كان أيضًا بصحة جيدة بما يكفي لعدم حضوره هنا أول من أمس». سألت الرجل عما إذا كان يعتقد أنه سيقوم بمحاولة انتحار أخرى. وكان الأمر كما لو أنني طلبت منه التنبؤ بمستقبل شخص آخر. هز رأسه ونظر إليَّ بعينين حائرتين ووجه شاحب وقال: «كيف لي أن أعرف؟».

هذه الحيرة والانهزامية العاطفية هي أمور شائعة للعقل ذي الميول الانتحارية. كتب لي جويل بي سميث، وهو رجل من ولاية ويسكونسن نجا من عدة محاولات انتحار: «أنا وحيد. نسبة كبيرة من الأشخاص المكتئبين الذين أعرفهم يعيشون بمفردهم إلى حد ما، بعد أن فقدوا وظائفهم واستنزفوا أسرهم وأصدقاءهم. أصبحت أفكر في الانتحار. إن الحارس النهائي عليَّ -أي ذاتي- لم يخرج عن الخدمة، بل أصبح، بشكل أكثر خطورة، المدافع عن هذا الانتحار: أصبح، وكيل الدمار».

في اليوم الذي انتحرت فيه والدتي، عندما كنت في السابعة والعشرين من عمري، فهمت وآمنت بأسباب انتحارها.[99] كانت في المراحل المتأخرة من مرض السرطان. لقد ساعدت والدتي في الواقع، مع والدي وأخي، على قتل نفسها، وبذلك شعرت بحميمية كبيرة معها. لقد آمنَّا جميعًا بما فعلتْه. لسوء الحظ، يبدو أن العديد من الذين يؤمنون باتخاذ القرار العقلاني -بما في ذلك ديريك همفري، مؤلف كتاب «الخروج النهائي»، وجاك كيفوركيان- يعتقدون أن العقلاني يعني «المباشر». لكن لم يكن من السهل التوصل إلى هذا القرار العقلاني. لقد كانت عملية بطيئة ومتشابكة وغريبة، وكانت تفاصيلها فردية إلى حد الجنون مثل تجارب الحب التي يمكن أن تؤدي إلى الزواج. إن انتحار والدتي هو كارثة حياتي، على الرغم من أنني معجب بها وأومن بها. يؤلمني ذلك كثيرًا لدرجة أنني غالبًا ما أخجل من التفكير والحديث عن تفاصيله. أصبح ما حدث الآن حقيقة وجزءًا من حياتي وأشاركه بكل شجاعة مع أي شخص يسأل. لكن حقيقة ما حدث تُعَد شيئًا حادًّا مغروزًا في داخلي، يجرحني كلما تحركت.

يُفرق الناشطون بشكل مهووس بين حالات الانتحار «العقلاني» وجميع حالات الانتحار الأخرى. ومع ذلك، في الواقع، الانتحار هو انتحار. فهو عمل معقد ومؤسف يؤثر على كل من يمسُّه إلى حد ما، بغض النظر عن الظروف أو الدوافع المحددة وراءه. أسوأ أشكال الانتحار

وأفضلها يكمنان في طرفي السلسلة المتصلة؛ فهما يختلفان في الدرجة أكثر من اختلافهما في النوع. لقد كان الانتحار العقلاني دائمًا فكرة شائعة ومخيفة. يتساءل الراوي في رواية «الشياطين» لدوستويفسكي عما إذا كان الناس يقتلون أنفسهم بأسباب عقلية. يجيب كيريلوف: «الكثير منهم. ولولا الأفكار السابقة والتحيزات المعرفية، لفعل ذلك عدد أكبر بكثير، بل وربما الجميع».[100] عندما نتحدث عن الانتحار العقلاني ونميزه عن الانتحار غير العقلاني، فإننا نرسم تفاصيل تحيزاتنا أو تحيزات مجتمعنا. الشخص الذي ينتحر لأنه لم يتحمل التهاب المفاصل سيبدو ذا ميولٍ انتحارية؛ أما الشخص الذي انتحر لأنه لم يستطع تحمل احتمال الموت المؤلم والمهين بسبب السرطان فسيبدو عقلانيًّا تمامًا. منحت محكمة بريطانية مؤخرًا تصريحًا للمستشفى لإطعام مريضة مصابة بفقدان الشهية المرتبط بالسكري وحقنها بالأنسولين رغمًا عن إرادتها.[101] لكنها كانت ماكرة للغاية واستطاعت استبدال مزيج من الحليب والماء بالأنسولين الذي كان من المفترض أن يُحقَن لها، وسرعان ما وصلت إلى حالة غيبوبة تقريبًا. تساءل المعالج الذي كان يعالجها: «حسنًا، هل هذا فقدان للشهية؟ هل هذا سلوك انتحاري؟ هل هذا سلوك شبه انتحاري؟ أعتقد أنه من الواضح أنه سلوك ينم عن اكتئابٍ عميق وغضب». وماذا عن الأشخاص الذين يعانون أمراضًا تجعل حالتهم بائسة ولكنها ليست مميتة على الفور؟ هل من المعقول أن نقتل أنفسنا في مواجهة مرض ألزهايمر أو مرض لو جيريج؟ هل هناك ما يسمى بالحالة النفسية المُميتة، التي يمكن في ظلها للشخص الذي تلقى الكثير من العلاج وظل غير سعيد أن ينتحر -بشكلٍ عقلاني- حتى لو لم يكن مريضًا؟ لكن ما هو عقلاني لشخص ما هو غير عقلاني لشخص آخر، وكل انتحار هو في الأخير أمر كارثي.

في أحد مستشفيات ولاية بنسلفانيا، التقيت شابًّا في أواخر سن المراهقة، وكنت أميل بشكل خاص إلى احترام رغبته في الموت. كان قد وُلد في كوريا وتخلى أهله عنه وهو رضيع. عندما عُثر عليه وُضِع في دار للأيتام في سيول، ثم تبناه زوجان أمريكيان عندما كان في السادسة من عمره لكنهما كانا مدمنين على الكحول وأساءا إليه. وعندما بلغ الثانية عشرة من عمره، كان قد أصبح تحت رعاية الدولة وأُرسل ليعيش في مستشفى الأمراض النفسية حيث التقيته. يعاني شللًا دماغيًّا يصيب الجزء السفلي من جسده بالشلل، ويصبح الكلام مؤلمًا وشاقًّا بالنسبة إليه. في السنوات الخمس التي عاشها كنزيل في المستشفى، تلقى كل الأدوية والعلاجات المعروفة للبشرية، بما في ذلك مجموعة كاملة من الأدوية المضادة للاكتئاب والعلاج بالصدمات الكهربائية، لكنه ظل يشعر بالمرارة والألم. لقد قام بمحاولات انتحار لا حصر لها منذ طفولته المتأخرة، ولكن نظرًا لوجوده في منشأة رعاية، كان هناك مَن ينقذه دائمًا؛ وبما أنه محتجز على كرسي متحرك في جناح مغلق، فإنه نادرًا ما يستطيع أن يشق طريقه إلى مكان خاص بما يكفي لتنفيذ محاولاته. حاول يائسًا أن يجوع نفسه حتى الموت. وعندما فقد الوعي، غذوه عن طريق الوريد.

وعلى الرغم من أن إعاقته الجسدية تجعل الكلام صعبًا بالنسبة إليه، فإنه قادرٌ تمامًا على إجراء محادثة عقلانية. قال لي: «أشعر بالأسف لأنني على قيد الحياة. لم أكن أريد أن أكون هنا بهذا الشكل. لا أريد أن أكون هنا في هذا العالم. لم أحظَ بأي حياة. ليس هناك أشياء أحبها أو تمنحني السعادة. هذه هي حياتي: في الطابق العلوي في المبنى رقم تسعة في هذا المستشفى ثم أعود هنا إلى المبنى رقم واحد، وهو ليس أفضل من المبنى رقم تسعة. ساقاي تؤلمانني، جسدي يؤلمني. أحاول ألا أتحدث مع الناس هنا. إنهم جميعًا يتحدثون مع أنفسهم على أي حال. لقد تناولت الكثير من الأدوية لعلاج الاكتئاب. لا أعتقد أن الدواء يناسبني. أرفع الأثقال بذراعي إلى الطابق العلوي، وأستخدم الكمبيوتر. وهذا يبقي ذهني مشغولًا ويشتت انتباهي عن المآسي التي أعيشها. ولكن هذا ليس كافيًا. وكل هذا لن يتغير أبدًا. لن أتوقف أبدًا عن الشعور بالرغبة في قتل نفسي. أحب أن أجرح معصمي، إنه شعور جيد. أحب رؤية دمي. ثم أغفو. وعندما أستيقظ، أقول لنفسي: «اللعنة، لقد استيقظت»». يعيش الكثير من الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي حياة ثرية ومُرضية. ومع ذلك، فإن هذا الشاب يعاني ندوبًا نفسية ولديه ميول عدائية شديدة بحيث أنه ربما لن يجد على الأرجح الكثير من الحب وربما لن يتمكن من تقديره إذا قُدِّم له. لقد حاول أن يقترب تدريجيًّا مني ومن بعض الأفراد الذين يساعدون في رعايته. لكن، وعلى الرغم من خطورة وضعه، لم يظهر أي شخص استثنائي يرغب في تكريس حياته لمساعدته؛ ولا يوجد عدد كافٍ من الأشخاص غير الأنانيين على وجه الأرض ليكرسوا أنفسهم لجميع الأشخاص المماثلين له الذين يكافحون ويتصارعون مع حياتهم في كل دقيقة على هذا الكوكب. إن حياته هي محض ألم جسدي وألم نفسي وعجز جسدي. بالنسبة لي، يبدو اكتئابه ورغبته في الموت غير قابلين للعلاج، ويسعدني أنني لا أتحمل مسؤولية منعه في كل مرة يحاول فيها قطع معصميه، وأنني لست من يدخل أنبوب التغذية عندما يتوقف عمدًا عن الأكل.

وفي مستشفى آخر، التقيت رجلًا يبلغ من العمر خمسة وثمانين عامًا يتمتع بصحة جيدة، وقد تناول هو وزوجته جرعات مميتة من الباربيتورات عندما بدأت تصاب بسرطان الكبد. لقد كانا متزوجين منذ واحد وستين عامًا وكان لديهما اتفاق على الانتحار. لقد ماتت هي، بينما أُنقِذ. قال لي طبيب نفسي شاب: «لقد أُرسلت لعلاج اكتئاب هذا الرجل. أعطيه بعض الحبوب والعلاج حتى لا يصاب بالاكتئاب لأنه كبير في السن ومريض ويعاني ألمًا مستمرًّا وزوجته ميتة ولم ينجح في الانتحار. لقد مرت ستة أشهر من بدء العلاج، وهو لا يزال في الحالة نفسها، ويمكن أن يعيش لمدة عشر سنوات. أنا أعالج الاكتئاب، لكن يبدو أن ما يعانيه ليس نوع الاكتئاب الذي أعالجه».

تحكي قصيدة تينيسون «تيثونوس» قصة اليأس الذي عاشه في أواخر حياته. كان تيثونوس عاشقًا لإيوس، إلهة الفَجر؛ وقد طلبتْ من زيوس أن يمنحه الحياة الأبدية. وافق زيوس على طلبها؛ لكنها نسيت أن تطلب الشباب الأبدي. وبعدما أصبح تيثونوس غير قادر

على إنهاء حياته، عاش إلى الأبد وهو يتقدم في السن إلى ما لا نهاية ويزداد عمره يومًا بعد يوم. يشتاق إلى الموت قائلًا لحبيبته السابقة[102]:

ظلالك الوردية تعانقني بلمسة باردة

كل أضوائك باردة، وقدماي العجوزتان تشعران بالبرد

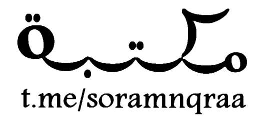
وأنا أقف على أبوابك ذات الإضاءة الخافتة

حيث يشعُّ الدفء من الحقول المحيطة بالمنازل

ومن الناس الذين يمكنهم اختيار الموت

ومن التلال العشبية لأولئك الذين ماتوا بالفعل وأصبحوا الآن أكثر سعادة.

كانت قصة بترونيوس عن العرافة الكومية، التي كان محكومًا عليها أيضًا بالخلود دون الشباب الأبدي، هي التي شكلت مقدمة سوداوية يائسة لقصيدة الأرض اليباب لـتوماس إليوت: «عندما سُئلت: «أيتها العرافة، ماذا تريدين؟»، أجابت: «أريد أن أموت»»[103]. وحتى إميلي ديكنسون، التي تعيش بهدوء في نيو إنجلاند، توصلت إلى نتيجة مماثلة حول الانحدار التدريجي إلى اليأس والخسارة[104]:



يبحث القلب أولًا عن المتعة

ثم يتمنى الإعفاء من الألم

ثم يبحث عن تلك العلاجات اللطيفة

التي تخفف المعاناة

ومن ثم يسعى إلى النوم

وأخيرًا إذا كان مسموحًا له

يبحث عن امتياز الموت.

في عائلتنا، بدأت المناقشات حول القتل الرحيم قبل وقت طويل من إصابة والدتي بسرطان المبيض. لقد وقَّعنا جميعًا على وثيقة التوجيه المُسبق للرعاية الصحية[1] في أوائل الثمانينيات وتحدثنا في ذلك الوقت -بشكل مجرد تمامًا- عن الاستياء من أن خيارات القتل الرحيم المتوفرة في هولندا لم تكن متاحة للأمريكيين. قالت أمي بشكل مفاجيء: «أنا أكره الألم. إذا وصلت إلى النقطة التي لا أشعر فيها سوى بالألم، آمل أن يطلق أحدكم النار عليَّ». اتفقنا جميعًا ضاحكين. لقد كرهنا جميعًا الألم، واعتقدنا جميعًا أن الموت الهادئ هو أفضل موت: في أثناء نومك، في المنزل، عندما تكون كبيرًا في السن. كنت شابًّا ومتفائلًا، وافترضت أننا جميعًا سنموت بهذه الطريقة في وقت ما في المستقبل البعيد.

في أغسطس 1989، شُخِّصت والدتي بسرطان المبيض. خلال أسبوعها الأول في المستشفى، أعلنتْ أنها ستقتل نفسها. لقد حاولنا جميعًا تجاهل هذا الزعم، وهي لم تصر عليه بشكل خاص. لم تكن تتحدث في ذلك الوقت عن أجندة مدروسة لإنهاء أعراضها -لم يكن لديها أي أعراض تقريبًا- ولكنها كانت تعرب عن شعور بالغضب إزاء ما ينتظرها من إهانة، وعن خوف عميق من كونها ستفقد السيطرة على حياتها. لقد تحدثت عن الانتحار، كما قد يتحدث عنه الأشخاص الذين يشعرون بخيبة أمل في الحب، كبديل سريع وسهل لعملية التعافي المؤلمة والبطيئة. كان الأمر كما لو أنها تريد الانتقام من الازدراء الذي تلقته من الطبيعة؛ فإذا لم تكن حياتها ستسير على ما يرام كما كانت، فهي لا تريد المزيد منها.

مرت والدتي بنوبة مؤلمة ومهينة من العلاج الكيميائي. وعندما خضعت بعد عشرة أشهر لعملية جراحية استكشافية لتقييم فاعلية العلاج الكيميائي، اكتشفنا أن النظام لم يكن فعَّالًا كما كنا نأمل، وتقرر لها الخضوع لجولة ثانية. بعد الجراحة، بقيت والدتي صامتة وغير مستجيبة لشيء لفترة طويلة بسبب الغضب. وعندما بدأت أخيرًا في التحدث مرة أخرى، خرج منها طوفان من الغضب، وهذه المرة عندما قالت إنها ستقتل نفسها، كان ذلك تهديدًا حقيقيًّا. رفضت اعتراضاتنا وقالت وهي مستلقية على سريرها في المستشفى: «أنا ميتة بالفعل، ما الذي تحبونه في رؤيتي هكذا؟ إذا كنتم تحبونني، فستساعدونني على التخلص من هذا البؤس». اختفى إيمانها الضئيل بالعلاج الكيميائي، ووضعت شرطًا لقبول جولة أخرى من «العلاج العقابي»، وهي أنها ستفعل ذلك إذا أحضر لها شخص ما «تلك الحبوب»، لإنهاء حياتها متى اختارت ذلك.

يميل المرء إلى استيعاب المرضى وامتصاص غضبهم وحزنهم. لم يكن هناك رد على غضب والدتي ويأسها بعد الجراحة سوى أن أقول نعم لكل ما تطلبه. كنت أعيش في لندن في ذلك الوقت، وكنت أعود إلى المنزل كل أسبوعين لرؤيتها. كان أخي يدرس في كلية الحقوق

(1) هو مستند قانوني يحدد فيه الشخص الإجراءات الصحية التي يجب اتخاذها في حال لم يعد قادرًا على اتخاذ قرارات عن نفسه بسبب المرض أو العجز. (المترجم)

في نيو هيفن ويقضي ساعات طويلة في السفر بالقطار ذهابًا وإيابًا. أهمل والدي مكتبه ليكون في المنزل. كنا جميعًا متعلقين بوالدتي -التي كانت دائمًا محور عائلتنا- وتأرجحنا بين سلوكنا المُلطف ولحظات الجدية المرعبة. ومع ذلك، عندما بدا أن والدتي قد عادت إلى شخصيتها النموذجية، فإن فكرة انتحارها، على الرغم من أنها اكتسبت أهمية، تراجعت مرة أخرى. بدا أن الجولة الثانية من العلاج الكيميائي التي تلقتها والدتي كانت ناجحة، وكان والدي قد بحث في ستة خيارات علاجية أخرى. ظلت والدتي تطلق تصريحاتها القاتمة حول الانتحار في بعض الأحيان، لكننا واصلنا طمأنتها بأن هناك متسعًا من الوقت قبل أن تصبح مثل هذه الخطوات الراديكالية ضرورية.

في الساعة الرابعة بعد ظهر يوم عاصف من شهر سبتمبر عام 1990، اتصلتُ للتحقق من بعض نتائج الفحوصات التي كانت ستظهر في ذلك اليوم. وعندما أجاب والدي، عرفت على الفور ما حدث. أخبرني أننا سنواصل هذا العلاج في الوقت الحالي بينما نستكشف خيارات أخرى. لم يكن لدي أدنى شك في الخيارات الأخرى التي ستستكشفها والدتي. لذلك لم يكن من المفترض أن أتفاجأ عندما أخبرتني، في أكتوبر، في أثناء تناول الغداء، أنها رتبت الأمور وحصلت الآن على الحبوب. في المراحل الأولى من مرضها، عانت والدتي فقدان جمالها الجسدي نتيجة لعلاجاتها. كان هذا التحول ملحوظًا جدًّا لدرجة أن والدي وحده هو من كان يستطيع التظاهر بعدم رؤيته. كانت تُعتبر في السابق جميلة، وكان التأثير الجسدي للعلاج الكيميائي مؤلمًا للغاية بالنسبة إليها، فقد تساقط شعرها، وأصبحت بشرتها حساسة جدًّا للمكياج، وأصبح جسدها هزيلًا، وامتلأت عيناها بالإرهاق الدائم. ومع ذلك، بحلول وقت تناول الغداء في شهر أكتوبر، كانت قد بدأت تكتسب نوعًا جديدًا من الجمال المشرق، الذي كان مختلفًا تمامًا عن مظهرها الأمريكي المعتاد في الخمسينيات من القرن الماضي في أثناء طفولتي. اللحظة التي طلبت فيها والدتي فعليًّا الحبوب كانت أيضًا اللحظة التي قبلتْ فيها (ربما قبل الأوان، وربما لا) أنها كانت تحتضر، وهذا القبول منحها إشراقًا جسديًّا وعميقًا، بدا لي أخيرًا، أقوى من تدهورها. عندما أتذكر ذلك الغداء، أتذكر، من بين أمور أخرى، كم أصبحت والدتي جميلة مرة أخرى.

احتججتُ بينما كنا نتناول الطعام قائلًا إنه ربما لا يزال أمامها متسع من الوقت، فقالت إنها تؤمن دائمًا بالتخطيط للأشياء بعناية، وأنها الآن بعد أن حصلت على الحبوب، يمكنها الاسترخاء والاستمتاع بكل ما تبقى دون القلق بشأن النهاية. القتل الرحيم هو مسألة تتعلق بتحديد موعد نهائي، فسألت والدتي ما هو الموعد النهائي لها، فقالت: «ما دامت هناك فرصة ولو ضئيلة لتحسن حالتي، فسوف أستمر في العلاج. عندما يقولون إنهم يبقونني على قيد الحياة ولكن دون أي فرصة للتعافي، فسوف أتوقف. عندما يحين الوقت، سنعرف جميعًا. لا تقلق. لن آخذ تلك الحبوب قبل ذلك الحين. وفي الوقت نفسه، أخطط للاستمتاع بأي وقت متبقٍّ».

كل ما كان لا يطاق بالنسبة إلى أمي أصبح محتملًا عندما حصلت على تلك الحبوب، من خلال معرفتها الأكيدة بأنه عندما يصبح الأمر لا يطاق حقًّا، فإنه سيتوقف. يجب أن أقول إن الأشهر الثمانية التي تلت ذلك، على الرغم من أنها قادتها حتمًا نحو وفاتها، كانت أسعد أشهر مرضها؛ وإنها بطريقة غامضة، على الرغم من -أو ربما بسبب- المعاناة التي عشناها فيها، كانت من بين أسعد الشهور في حياتنا. بمجرد أن نحدد المستقبل، يمكننا أن نعيش بشكل كامل في الحاضر، وهو أمر لم يفعله أحدٌ منا من قبل. يجب أن أؤكد أن القيء، والشعور بالضيق، وتساقط الشعر، كانت كلها أمورًا قاسية، وأن فم أمي كان عبارة عن قرحة كبيرة يبدو أنها لم تلتئم قط، وأنها كان عليها أن توفر قوتها لعدة أيام لقضاء فترة ما بعد الظهر في الخارج، وأنها لم تكن قادرة على تناول أي شيء تقريبًا، وكانت تعاني حالة من الحساسية، وكانت ترتجف بشدة لدرجة أنها لم تكن تستطيع في بعض الأيام استخدام الشوكة والسكين؛ ومع ذلك فإن الفعل المؤلم المتمثل في استمرار العلاج الكيميائي بدا فجأة غير مهم لأن هذه الأعراض ستظل دائمة فقط حتى تقرر أمي أنها لم تعد قادرة على تحمل المزيد، وبالتالي لم يعد المرض يسيطر على حياتها. كانت والدتي امرأة عاشقة، وفي تلك الأشهر سلمت نفسها للحب كما لم أر أي شخص آخر يفعل ذلك من قبل. في كتابه «تاريخ قصير للاضمحلال»، كتب إي إم سيوران: «إن العزاء الذي نحصل عليه من خلال الانتحار المحتمل يفتح لنا آفاقًا لا نهائية في العالم الذي نعاني فيه.... وأي ثروة أعظم من الانتحار الذي يحمله كل منا في داخله؟».[105]

منذ ذلك الحين قرأت رسالة انتحار فرجينيا وولف وتأثرت بها بشكل خاص، التي كان فيها ما يُشبه موقف والدتي عند رحيلها. كتبت وولف لزوجها[106]:

عزيزي:

أريد أن أخبرك أنك منحتني السعادة الكاملة. لا يمكن لأحد أن يفعل أكثر مما فعلته. من فضلك صدِّق ذلك.

لكنني أعلم أنني لن أتغلب على هذا أبدًا، وأنا أضيع حياتك هباءً، وهذا جنون. لا يمكن لأي شيء يقوله أحد أن يقنعني. يمكنك العمل، وسوف تكون أفضل حالًا دوني. كما ترى، لا أستطيع حتى أن أكتب هذا، مما يدل على أنني على حق. كل ما أريد قوله هو إنه حتى ظهور هذا المرض كنا سعداء تمامًا، ويرجع لك الفضل بأكمله في ذلك. لم يكن من الممكن أن يكون أحد رائعًا مثلك، منذ اليوم الأول وحتى الآن. الجميع يعرف هذا.

ف.

هل ستدمر كل أوراقي؟

إنها رسالة متعاطفة بشكل غير عادي على وجه التحديد لأنها صادقة وواضحة جدًّا بشأن المرض. هناك أناس يقتلون أنفسهم لأنهم لم يجدوا بعد، أو ربما لأنهم لم يبحثوا بعد عن علاج موجود. وهناك أولئك الذين يقتلون أنفسهم لأن مرضهم عصي على العلاج حقًّا. لو كنت أعتقد حقًّا عندما كنت مريضًا أن حالتي ستكون دائمة، لكنت قد قتلت نفسي. حتى لو كنت أعتقد أن الأمر سيكون دوريًّا، كما عرفت فيرجينيا وولف مشكلتها، كنت سأقتل نفسي إذا بدت النوبات مثقلة بهذا اليأس. عرفت وولف أن أي ألم كانت تشعر به سوف يمر، لكنها لم ترغب في العيش فيه وانتظار مروره؛ لقد سئمت من الانتظار والوقت، وحان وقت الرحيل. كتبت[107]:

أوه، لقد بدأ الرعب في القدوم جسديًّا مثل موجة مؤلمة تتضخم حول القلب تغمرني. أنا غير سعيدة، غير سعيدة! يا إلهي، أتمنى لو كنت ميتة. لكن لماذا أشعر بهذا؟ اسمحوا لي أن أشاهد الموجة. أشاهد. أرى فشلًا. نعم؛ لقد اكتشفت ذلك: فشل، فشل. (ترتفع الموجة) تتحطم الموجة. أتمنى أن أموت! ليس لدي سوى بضع سنوات لأعيشها كما آمل. لم أعد أستطيع مواجهة هذا الرعب.

ويستمر هذا؛ عدة مرات، مع أنواع مختلفة من الرعب. ثم، في خضم الأزمة، بدلًا من أن يظل الألم شديدًا، يصبح غامضًا إلى حد ما. إذ أغفو، ثم أستيقظ مع بداية جديدة. موجة أخرى! ذلك الألم غير العقلاني مجددًا، والشعور بالفشل.

أخيرًا، أقول لنفسي إنني يجب أن أستجمع قواي. لا مزيد من هذا. أحاول إحصاء السعداء مقابل التعساء من حولي. أعِدُّ نفسي عقليًّا للتغلب على هذه التحديات العاطفية. أبدأ بالمضي قدمًا، على الرغم من أنني أشعر أنني أفعل ذلك دون اتجاه واضح. ألاحظ أن العقبات تختفي تدريجيًّا. أخبر نفسي أن لا شيء يهم حقًّا، فأصبح صارمة وحازمة. أعود إلى النوم، ثم أستيقظ، وأشعر أن الموجة العاطفية تبدأ من جديد. أشاهد ضوء النهار يظهر ببطء، وأتساءل كيف، هذه المرة، سأتغلب على الاضطراب العاطفي مع قدوم ضوء النهار. أتساءل عما إذا كان الجميع يمرون بمثل هذه الحالات العاطفية ولماذا ليس لدي سوى القليل من السيطرة

عليها. أعترف أن هذا ليس أمرًا مثيرًا للإعجاب أو محببًا، مما يسبب الكثير من الوقت الضائع والألم العاطفي في حياتي.

كتبت إلى أخي خلال نوبة الاكتئاب الثالثة التي تعرضت لها، قبل أن أعرف مدى السرعة التي ستمر بها تلك النوبة، قائلًا: «لا أستطيع أن أقضي كل عامين بهذه الطريقة. وفي هذه الأثناء، أبذل قصارى جهدي للصمود. لقد اشتريت مسدسًا أبقيته معي في المنزل، ثم أعطيته لصديق يحتفظ به عنده لأنني لم أرغب في أن ينتهي بي الأمر باستخدامه في لحظة اندفاع. أليس هذا سخيفًا؟ هل تخشى أن ينتهي بك الأمر باستخدام بندقيتك بنفسك؟ هل يجب أن تضعها في مكان آخر وتطلب من شخص ما ألا يعيدها إليك؟» الانتحار هو في الواقع استجابة للقلق أكثر من كونه حلًّا للاكتئاب، إنه ليس نتيجة عقل فارغ، بل نتيجة عقل مُعذب. إن الأعراض الجسدية للقلق حادة إلى الحد الذي يجعلها تبدو وكأنها تتطلب استجابة جسدية: ليس مجرد الانتحار العقلي المتمثل في الصمت والنوم، بل الانتحار الجسدي المتمثل في ذبح النفس.

لقد خططت والدتي للتفاصيل بعناية، وكان والدي، الذي كان معروفًا بدقته، يراجع كل شيء وكأنه يتدرب على حدث ما لتخفيف بعض الألم الذي قد يصاحبه. لقد خططنا كيف سنأتي أنا وأخي إلى المنزل، وكيف ستتناول والدتي مضادات القيء، وما هو الوقت الأفضل من اليوم لهذه الخطوة؛ ناقشنا كل التفاصيل حتى ترتيبات الجنازة. واتفقنا على إقامة الجنازة بعد يومين من الوفاة. لقد خططنا للأمر معًا تمامًا كما خططنا في مناسبات سابقة للحفلات والإجازات العائلية وعيد الميلاد. لقد اكتشفنا مجموعة غير معلنة من القواعد والعادات الاجتماعية التي وجهت تصرفاتنا وتفاعلاتنا خلال هذا الوقت العصيب. شرعت والدتي بهدوء في إيضاح مشاعرها تمامًا لنا جميعًا، وكانت تنوي خلال بضعة أشهر حل كل الخلافات العائلية بشفافية. تحدثت عن مدى حبها لنا جميعًا وشكل وبنية هذا الحب وتعقيداته؛ لقد عالجت أي مشاعر مختلطة سابقة وعبرت عن شعور جديد بالقبول. لقد خصصت أيامًا لكل من أصدقائها -وكان لديها العديد من الأصدقاء- لتوديعهم؛ وعلى الرغم من أن القليل منهم كان يعرف أجندتها الفعلية، فقد حرصت على أن يعرف كل منهم المكانة الكبيرة التي يحتلها في قلبها. وكانت تضحك كثيرًا في تلك الفترة. يبدو أن حس الفكاهة والدفء الذي تتمتع به قد امتد ليشمل حتى الأطباء الذين كانوا يعالجونها والممرضات اللاتي شهدن وفاتها التدريجية. في أحد الأيام، طلبت مساعدتي في شراء حقيبة يد لعمتي البالغة من العمر تسعين عامًا. وعلى الرغم من أن النزهة جعلتها منهكة تمامًا لمدة ثلاثة أيام، فإنها جددت نشاطنا أيضًا. لقد قرأتْ كل ما كتبته بمزيج فريد من البصيرة الحادة واللطف الكبير. لقد أعطت أشياء صغيرة للناس واهتمت بأشياء أكبر لم يكن من المناسب التخلي عنها بعد؛ إذ شرعت في إعادة

تنجيد جميع أثاثنا حتى تتمكن من مغادرة المنزل وهو في حالة جيدة، واختارت تصميمًا لشاهد قبرها.

شيئًا فشيئًا، بدا أن خططها الانتحارية ستصبح حقيقة واقعة. لاحقًا، قالت إنها فكرت في القيام بالأمر برمته بمفردها، لكنها اعتقدت أن التأثير العاطفي على أحبائها سيكون أشد من ذكريات وجودهم خلال هذه التجربة. أما بالنسبة إلى عائلتنا، فقد أردنا بشدة أن نكون هناك من أجلها. نظرًا لأن والدتي كانت دائمًا منخرطة بعمق في حياة الآخرين، لم نتمكن من تحمل فكرة أنها تواجه لحظاتها الأخيرة بمفردها. كان من المهم، في الأشهر الأخيرة لوالدتي على الأرض، أن نشعر جميعًا بالترابط الشديد والشفافية، بحيث لا يخفي أي أحد بداخله شعورًا أو دافعًا. لقد جعلنا دعمنا الجماعي أقرب إلى بعضنا بعضًا من أي وقت مضى.

إذا لم يسبق لك أن جربت بنفسك أن تنتحر أو ساعدت شخصًا آخر خلال قيامه بذلك، فلا يمكنك أن تتخيل مدى صعوبة الأمر. لو كان الموت شيئًا يحدث تلقائيًّا لمن لا يستطيع مقاومته، ولو كانت الحياة شيئًا لا يستمر إلا بفضل الالتزام اليومي به، لكانت مشكلة العالم هي قلة السكان وليس الاكتظاظ السكاني. يعيش عدد هائل من الناس حياة يائسة هادئة ولا يقتلون أنفسهم لأنهم لا يستطيعون حشد الموارد اللازمة للقيام بذلك.

قررت والدتي أن تقتل نفسها في 19 يونيو 1991، عن عمر يناهز الثامنة والخمسين، لأنها لو انتظرت أكثر لكانت أضعف من أن تنهي حياتها، والانتحار يحتاج إلى قوة ونوع من الخصوصية غير موجودة في المستشفيات. بعد ظهر ذلك اليوم، ذهبت والدتي لرؤية طبيب الجهاز الهضمي، الذي أخبرها أن الأورام الكبيرة تسد أمعاءها. ودون جراحة فورية، لن تكون قادرة على هضم الطعام. أخبرته أنها ستتواصل معه لتحديد موعد الجراحة، ثم انضمت مرة أخرى إلى والدي في غرفة الانتظار. عندما وصلا إلى المنزل، اتصلت بي واتصلت بأخي. قالت بهدوء: «الأخبار سيئة». كنت أعرف ما يعنيه ذلك، لكنني لم أستطع إجبار نفسي على الاعتراف وقول ذلك. قالت: «أعتقد أن الوقت قد حان. من الأفضل أن تأتي الآن». وسار كل شيء كما خططنا له.

توجهت إليهم، بعد أن توقفت لاصطحاب أخي من مكتبه في الطريق. كانت السماء تمطر، وحركة المرور بطيئة. إن صوت والدتي الهادئ تمامًا -استخدمت النبرة المنطقية التي كانت تستخدمها دومًا للأشياء التي خططت لها، كما لو كنا قادمين إلى الشقة لتناول العشاء- جعل الأمر برمته يبدو واضحًا ومباشرًا، وعندما وصلنا إلى الشقة، وجدتها هادئة ومسترخية، ترتدي ثوب نوم عليه ورود ورداء حمام طويلًا. قال والدي: «من المفترض أن تحاولي تناول وجبة خفيفة، فذلك يساعد على امتصاص الحبوب». لذلك ذهبنا إلى المطبخ وأعدت والدتي الكعك الإنجليزي والشاي. أخرج أخي علبة من البسكويت، وقالت والدتي بتلك النبرة الساخرة المحببة التي لطالما تميزت بها: «ديفيد. للمرة الأخيرة. هل يمكنك وضع البسكويت على طبق؟» ثم

ذكَّرتني بجمع بعض الزهور المجففة التي رتبتها للقاعة الأمامية في الريف. هذه الأمور التي تبدو تافهة أصبحت بمنزلة لحظات حميمة بالنسبة إلينا. وكان الجانب غير المعتاد في هذه التجربة هو غياب الأحداث المفاجئة أو غير المتوقعة، التي عادة ما تأتي مع الوفيات الطبيعية. تكمن الدراما في هذه الحالة في الافتقار إلى الدراما، في التجربة الخانقة المتمثلة في عدم تصرف أي شخص خارج نطاق شخصيته بأي شكل من الأشكال.

عندما عادت أمي إلى غرفة نومها، اعتذرت مرة أخرى عن إشراكنا جميعًا في الأمر. وأضافت: «لكن على الأقل يجب أن تكونوا معًا بعد ذلك». والدتي -التي كانت تؤمن دائمًا بالحصول على إمدادات كافية من كل شيء- كانت في الواقع تمتلك ضعف ما تحتاج إليه من عقار سيكونال. جلست على السرير وألقت أربعين حبة على البطانية أمامها. قالت بسخرية: «لقد سئمت جدًّا من تناول الحبوب. هذا أحد الأشياء التي لن أفتقدها». وبدأت في تناولها بنوع من براعة الخبراء، كما لو أن آلاف الحبوب التي كان عليها أن تتناولها خلال عامين من إصابتها بالسرطان كانت تمرينًا لهذه اللحظة، مثلما تعلمتُ أنا منذ ذلك الحين تناول مضادات الاكتئاب في حفنات. قالت عندما اختفت الكومة من يدها: «أعتقد أن هذا سيفي بالغرض». حاولت أن تشرب كأسًا من الفودكا، لكنها قالت إن ذلك كان يصيبها بالغثيان. قالت: «بالتأكيد هذا أفضل من رؤيتي أصرخ في سرير المستشفى، أليس كذلك؟» وبالطبع كان أفضل، إلا أن تلك الصورة كانت لا تزال مجرد خيال ثم أصبحت حقيقة. الواقع في هذه الحالات هو في الحقيقة أسوأ من أي شيء آخر.

ثم أمضينا نحو خمس وأربعين دقيقة، تقول كل الأشياء الأخيرة التي كان عليها أن تقولها، ونقول كل الأشياء الأخيرة التي كان علينا أن نقولها. تلعثم صوتها شيئًا فشيئًا، ولكن كان من الواضح بالنسبة لي أن ما كانت تقوله قد فكرت فيه جيدًا أيضًا. ثم أصبحت أكثر ضبابية، ولكن أصبحت أيضًا أكثر وضوحًا، وبدا لي أنها كانت تقول أكثر مما خططت له. قالت وهي تنظر إلينا: «لقد كنتما طفلين رائعين. بعد ولادتكما، لم يكن لدي أي فكرة عن أنني يمكن أن أشعر بأي شيء يشبه ما شعرت به حينها. لقد قرأت كتبًا طوال حياتي عن أمهات قلن بشجاعة إنهن على استعداد للموت من أجل أطفالهن، وهذا ما شعرت به تمامًا. كنت على استعداد للموت من أجلكما. لقد كرهت أن تكونا غير سعيدين. كنت أتأثر للغاية كلما كنتما غير سعيدين. أردت أن أغلفكما بحبي، وأحميكما من كل الأشياء الفظيعة في العالم. أردت أن يجعل حبي العالم مكانًا سعيدًا ومبهجًا وآمنًا لكما». كنت أنا وديفيد نجلس على سرير والدي، حيث كانت أمي مستلقية في مكانها المعتاد. أمسكت بيدي للحظة، ثم بيد ديفيد. «أريدكما أن تشعرا بأن حبي موجودٌ دائمًا، وأنه سيستمر في تغليفكما حتى بعد رحيلي. أملي الأكبر هو أن يبقى الحب الذي قدمته لكما معكما طوال حياتكما».

كان صوتها ثابتًا في تلك اللحظة، وكأنها لم تكن في صراع مع الزمن. التفتتْ إلى والدي، وقالت: «من دواعي سروري أنني سأرحل أولًا. لا أستطيع أن أتخيل ما كنت سأفعله لو كنت

رحلت قبلي يا هوارد. أنت حياتي. لقد كنت حياتي لمدة ثلاثين عامًا». نظرت إليَّ أنا وأخي. «وبعد ذلك ولِدت يا أندرو. ثم أنت يا ديفيد. أصبح هناك ثلاثة أشخاص يحبونني حقًّا. وأنا أحبكم جميعًا. لقد غمرني حبكم كثيرًا». نظرتْ إليَّ -كنت أبكي، رغم أنها لم تكن كذلك- واتخذت نبرة توبيخ لطيف. قالت لي: «لا تظن أنك تقدم لي نوعًا من التكريم العظيم إذا تركت موتي يصبح الحدث الأكبر في حياتك. أفضل تكريم يمكنك تقديمه لي كأم هو الاستمرار في العيش حياة جيدة ومُرضية. استمتع بما لديك».

ثم أصبح صوتها خاملًا وكأنها في الحلم. «أنا حزينة اليوم. أنا حزينة لرحيلي. ولكن حتى مع هذا الموت، لا أريد أن أغير حياتي لأي حياة أخرى في العالم. لقد غمرني الحب تمامًا، وقد قضيت وقتًا ممتعًا». أغمضت عينيها لما ظننا أنها المرة الأخيرة، ثم فتحتهما مرة أخرى ونظرت إلى كل واحد منا، ثم استقرت عيناها على أبي. قالت بصوت بطيء: «لقد بحثت عن أشياء كثيرة في هذه الحياة. وطوال الوقت، كانت الجنة في هذه الغرفة معكم أنتم الثلاثة». كان أخي يربت على كتفيها. قالت: «شكرًا على تدليك ظهري يا ديفيد»، ثم أغمضت عينيها إلى الأبد. صاح والدي «كارولين!»، لكنها لم تتحرك مرة أخرى. لقد شهدت حالة وفاة أخرى -شخص أصيب بطلق ناري- وأتذكر أنني شعرت حينها أن هذا الموت لم يكن يخص الشخص الذي مات، بل كان ينتمي إلى البندقية واللحظة. لكن موت والدتي كان ينتمي إليها تمامًا.

كتب الفيلسوف الأمريكي المعاصر رونالد دوركين: «الموت له السيادة لأنه ليس بداية لا شيء فحسب، بل نهاية كل شيء، وكيفية تفكيرنا وتحدثنا عن الموت -التركيز الذي نضعه على الموت «بكرامة»- يُظهر كيف من المهم أن تنتهي الحياة بشكل مناسب، وأن يحافظ الموت على إيماننا بالطريقة التي عشنا بها».[108] إذا لم يكن بوسعي أن أقول سوى شيء واحد عن وفاة والدتي، فيمكنني أن أقول إنه كان متوافقًا مع حياتها. ما لم أكن أتوقعه هو كيف سيغريني ذلك نحو الانتحار. كتب ريلكه في قصيدته «القداس»: «نحن في الحب بحاجة إلى ممارسة شيء واحد: السماح لبعضنا بعضًا بالرحيل؛ لأن التمسك يأتي بسهولة. لا نحتاج إلى أن نتعلمه».[109] لو كنت قادرًا على استيعاب هذا الدرس، ربما لم أكن لأقع في الاكتئاب؛ لأن هذا الموت الاستثنائي هو الذي عجل بنوبتي الأولى. لا أعرف ما مستوى ضعفي حينها، أو ما إذا كنت سأتعرض للانهيار لو لم أتعرض لمثل هذه التجربة البائسة. كان تعلقي بأمي قويًّا جدًّا، وكان إحساسنا بالعائلة منيعًا للغاية، لدرجة أنه تمت تنشئتي وتربيتي دائمًا لأكون غير مؤهل لتحمل الخسارة.

الانتحار بمساعدة طبية هو وسيلة مشروعة للموت؛ إنه في أفضل حالاته مليء بالكرامة، لكنه لا يزال انتحارًا، والانتحار بشكل عام هو أتعس شيء في العالم. ورغم أنك قد لا تقوم سوى بدور مساعد فيه فحسب، فإنه لا يزال نوعًا من القتل، وليس من السهل التعايش مع القتل. سوف يطاردك، وبطرقٍ مروعة. إن معظم روايات القتل الرحيم التي كتبها أولئك الذين شاركوا فيها هي، على مستوى عميق، محاولات لطلب المغفرة. بعد وفاة والدتي، كنت أنا

من تولى تنظيف شقة والدي، وفرز ملابس والدتي، وأوراقها الشخصية، وما إلى ذلك. كان الحمام ممتلئًا بحطام الأمراض المزمنة، بما في ذلك أدوات العناية بالشعر المستعار، والمراهم ومستحضرات الحساسية، والكثير من زجاجات الأدوية. ثم بالعودة إلى زاوية صندوق الدواء، خلف الفيتامينات، ومسكنات الألم، والأدوية التي تهدئ معدتها، والأدوية التي تعيد توازن بعض الهرمونات، والمجموعات المختلفة من الحبوب المنومة التي تناولتها عندما تآمر المرض والخوف لإبقائها مستيقظة؛ خلفهم جميعًا، وجدت، مثل الهدية الأخيرة من صندوق باندورا، بقية حبوب السيكونال. كنت منغمسًا في التخلص من الزجاجة تلو الأخرى، لكن عندما وصلت إلى تلك الحبوب، توقفت. خوفًا من المرض واليأس، وضعت الزجاجة في جيبي وأخفيتها في الزاوية البعيدة من خزانة الأدوية الخاصة بي. تذكرت اليوم الذي قالت لي فيه والدتي: «لدي حبوب. عندما يحين الوقت، سأكون قادرة على القيام بذلك».

بعد عشرة أيام من انتهائي من تنظيف حمام والدتي، اتصل والدي غاضبًا. سألني: «ماذا حدث لبقية السيكونال؟»، فقلت إنني تخلصت من جميع الحبوب الموجودة في المنزل التي كانت تخص أمي. وأضفت أنه بدا مكتئبًا وخشيت أن يظل العقار متاحًا أمامه بسهولة. قال بصوت يملؤه الحسرة: «ليس لك الحق في التخلص من تلك الحبوب». وبعد صمت طويل، أردف: «كنت أحتفظ بها لنفسي، في حال مرضت أيضًا في يوم من الأيام. لذلك لن أضطر إلى المرور بهذه العملية الطويلة برمتها للحصول عليها». أعتقد أنه بالنسبة إلينا جميعًا كان الأمر كما لو أن أمي تعيش في تلك الحبوب الحمراء، كما لو أن من يمتلك السم الذي ماتت به سيحافظ أيضًا على تواصل غريب مع حياتها. كان الأمر كما لو أننا عندما خططنا لتناول الحبوب المتبقية، عُدنا بطريقة أو بأخرى إلى أمي، كما لو أنه يمكننا الانضمام إليها بالموت كما ماتت. لقد فهمت حينها ما هي الأوبئة الانتحارية. لقد كان عزاؤنا الوحيد في مواجهة فقدان والدتي هو التخطيط لتكرار رحيلها على أنفسنا.

ولم نتمكن من تغيير ذلك إلا بعد مرور عدة سنوات، من خلال صنع قصة أفضل لأنفسنا. لقد كان تعافيَّ من الاكتئاب بالنسبة إلى والدي كانتصار لمحبته وذكائه وإرادته؛ لقد حاول إنقاذ أحد أفراد الأسرة وفشل، لكنه تمكَّن من إنقاذ فرد آخر. لقد شاركنا في عملية انتحار وتجنبنا أخرى. أنا لا أميل إلى الانتحار بشدة ما دام وضعي، النفسي أو غيره، يبدو لي أو لمن حولي أنه يسمح بالتحسن. لكن شروط انتحاري، إذا تغيرت الأمور كثيرًا، واضحة تمامًا بالنسبة لي. أشعر بالارتياح بل والفخر لأنني لم أرضخ لإنهاء حياتي عندما شعرت بالإحباط. أخطط للوقوف في وجه الشدائد مرة أخرى حسب الضرورة. من الناحية النفسية، لن أضطر إلى التفكير كثيرًا إذا قررت أن أقتل نفسي، لأنني في ذهني وقلبي أكثر استعدادًا لهذا من استعدادي للمحن اليومية غير المخطط لها التي أمر بها. في هذه الأثناء، استعدت المسدس، وتحققت من بعض المصادر للحصول على المزيد من السيكونال. بعد أن شهدت الراحة التي وجدتها والدتي في لحظاتها الأخيرة، أستطيع أن أفهم كيف، عندما يبدو البؤس عظيمًا والشفاء

مستحيلًا، يصبح منطق القتل الرحيم لا يقبل الجدل. ليس من المقبول، من الناحية السياسية، الخلط بين الانتحار في مواجهة المرض النفسي والانتحار في مواجهة المرض الجسدي، لكنني أعتقد أن هناك أوجه تشابه مثيرة للدهشة. كان من الممكن أن يكون الأمر مدمرًا لو ظهرت أخبار، بعد يوم واحد من وفاة أمي، عن علاج رائد لسرطان المبيض. إذا كانت شكواك الوحيدة هي الانتحار أو الاكتئاب، فإن قتل نفسك قبل تجربة كل وسيلة هو أمر مأسوي. ومع ذلك، عندما تصل إلى نقطة الانهيار نفسيًّا، ويصبح من الواضح لنفسك وللآخرين أن الحياة أصبحت لا تطاق، يصبح الانتحار مسألة اختيار شخصي. وفي تلك اللحظة الهشة والصعبة، يصبح من مسؤولية أولئك الذين يواصلون العيش أن يحترموا رغبات أولئك الذين لم يعودوا يرغبون في القيام بذلك.

كان استكشاف الانتحار كشكل من أشكال السيطرة يفتقر إلى العمق. لقد كان قرار والدتي بإنهاء حياتها مدفوعًا بالرغبة في السيطرة، وهذا الدافع موجود لدى العديد من الأفراد الذين ينتحرون، حتى في ظروف مختلفة إلى حد كبير. يقول ألفاريز: «الانتحار، في نهاية المطاف، هو نتيجة اختيار. مهما كان الفعل مندفعًا والدوافع مشوشة، فإنَّ في اللحظة التي يقرر فيها الشخص أخيرًا الانتحار، فإنه يحقق بعض الوضوح والصفاء المؤقت. قد يكون الانتحار بمنزلة إعلان فشل يحكم على الحياة باعتبارها تاريخًا طويلًا من الإخفاقات. لكنه قرار، بحكم فاعليته، لا يعتبر فاشلًا تمامًا. أعتقد أن هناك فئة كاملة من المنتحرين الذين ينهون حياتهم ليس من أجل الموت، بل هربًا من التشوش، ولتصفية أذهانهم. إنهم يستخدمون الانتحار عمدًا لخلق واقع خالٍ من الأعباء أو للتحرر من أنماط الهوس التي فرضوها على حياتهم دون قصد». (110)

* * *

كتبت ناديجدا ماندلشتام، زوجة الشاعر الروسي العظيم أوسيب ماندلشتام، ذات يوم: «في الحرب، وفي المعسكرات، وفي أثناء فترات الرعب، يفكر الناس في الموت (ناهيك بالانتحار) أقل بكثير مما يفكرون فيه عندما يعيشون حياة طبيعية. في مثل هذه المواقف، تكون الأولوية للخوف الساحق والمشكلات غير القابلة للحل، مما يدفع جانبًا الأسئلة الفلسفية الأوسع حول طبيعة الوجود. إن قوة غريزة البقاء على قيد الحياة في مواجهة مثل هذه الأهوال الأرضية يمكن أن تجعل الأفراد أقل انشغالًا بالتفكير في قوى الطبيعة وقوانين الوجود الأبدية. ربما يكون من الأنسب مناقشة حيوية أو عمق الوجود بعبارات ملموسة أكثر. وبهذا المعنى، ربما كان لنضالهم اليائس من أجل الحياة أهمية أعمق وأكثر إرضاءً مما يسعى إليه الناس عمومًا في حياتهم».(111) وعندما ذكرت ذلك لصديق كان أحد الناجين من النظام العقابي السوفييتي، أكد ذلك. وقال: «لقد قاومنا أولئك الذين يريدون أن يجعلوا حياتنا مريرة. كان إنهاء حياتنا

يعني الهزيمة، وكنا جميعًا تقريبًا مصممين على عدم منح هذا الانتصار للظالمين. لقد كان الأشخاص الأقوى هم من يستطيعون العيش، وكانت حياتنا مقاومة، وهذا ما كان يغذيها. كنا نقاوم الأشخاص الذين أرادوا أن يقتلونا، وكراهيتنا لهم ومقاومتنا لهم أبقتنا على قيد الحياة. أصبحت رغبتنا أقوى في مواجهة معاناتنا. لم نرغب في الموت في أثناء وجودنا هناك، حتى لو كنا سابقًا أشخاصًا متقلبي المزاج إلى حد ما. وبعد أن خرجنا تغير الوضع؛ ولم يكن من غير المألوف أن يقتل الناجون من المعسكرات أنفسهم عندما عادوا إلى المجتمع الطبيعي. عندما لم يكن هناك ما نقاومه، كان لا بد أن تأتي أسباب وجودنا من داخل أنفسنا، وفي كثير من الحالات كانت أنفسنا قد دُمرت».

لاحظ بريمو ليفي، عند كتابته عن المعسكرات النازية بدلًا من المعسكرات السوفييتية، أنه «في معظم الحالات، لم تكن ساعة التحرير مبهجة ولا مرحة. فبالنسبة إلى معظم الناجين، حدث ذلك وسط الدمار والذبح والمعاناة المستمرة. وبمجرد أن بدؤوا يشعرون وكأنهم بشر مرة أخرى، ومسؤولون عن حياتهم، عادت أحزان مختلفة من قبيل ألم الانفصال عن أسرهم أو فقدانها، والمعاناة في كل مكان، والإرهاق الذي يبدو غير قابل للشفاء، والتحدي المتمثل في إعادة بناء حياتهم من الصفر، وكونهم في كثير من الأحيان في حالة من العزلة».[112] مثل القرود والفئران التي تشوه نفسها عندما تتعرض للعزل، والاكتظاظ، وغير ذلك من الظروف المروعة، فإن البشر لديهم أيضًا وسيلة للتعبير عن يأسهم. هناك أشياء يمكنك القيام بها لشخص ما لجعله يفكر في الانتحار، وهذه الأشياء تم القيام بها في معسكرات الاعتقال. بمجرد تجاوز هذه الحدود، سيكون من الصعب الحفاظ على الروح المعنوية الجيدة. يعاني الناجون من معسكرات الاعتقال ارتفاع معدل الانتحار، ويعرب بعض الأشخاص عن دهشتهم من إمكانية نجاة المرء من المعسكرات ومن ثم إنهاء حياته. لكن لا أعتقد أن هذا مفاجئ. قُدِّمت العديد من التفسيرات لانتحار بريمو ليفي. قال الكثير من الناس إن اللوم يجب أن يُلقى على أدويته لأنه أظهر الكثير من الأمل في السنوات الأخيرة من حياته.[113] أعتقد أن انتحاره كان يختمر بداخله دائمًا، ولم تكن هناك قط نشوة نجاة لديه، ولم يكن هناك أي شيء يمكن مقارنته بالرعب الذي عرفه. ربما كانت الأدوية، أو الطقس، أو أي عامل آخر قد أثار لديه الدافع نفسه الذي من شأنه أن يدفع الفأر إلى مضغ ذيله، لكنني أعتقد أن هذا النزوع الأساسي كان موجودًا دائمًا بعد أهوال المعسكر. يمكن للتجارب أن تتفوق بسهولة على الجينات وتفعل ذلك بشخص ما.

يعدُّ القتل أكثر شيوعًا من الانتحار بين المحرومين، في حين أن معدل الانتحار أعلى من القتل بين الأقوياء. وخلافًا للاعتقاد السائد، فإن الانتحار ليس الملاذ الأخير للعقل المصاب بالاكتئاب. إنه ليس اللحظة الأخيرة من الانحلال العقلي. إن فرص الانتحار أعلى في واقع الأمر

بين الأشخاص العائدين حديثًا من الإقامة في المستشفى عنها بين الأشخاص الموجودين في المستشفى، وليس فقط بسبب رفع القيود المفروضة على المستشفى. إن الانتحار هو تمرد العقل على نفسه، وهو خيبة أمل مزدوجة لتعقيد لا يستطيع العقل المكتئب تمامًا استيعابه. إنه عمل متعمد لتحرير المرء من ذاته. إن الاكتئاب، الذي يتسم بالوداعة، لا يؤدي عادة إلى أفكار انتحارية. إن الدافع للانتحار، مهما كان مضللًا، يشير على الأقل إلى مستوى من القوة الداخلية والشجاعة المضللة بدلًا من أن يمثل علامة على الضعف المطلق أو الجبن.

تناولت والدتي دواء بروزاك، الذي كان دواءً جديدًا تمامًا حينها، لمدة شهر في أثناء صراعها مع السرطان. قالت إنه خدرها كثيرًا، وجعلها متوترة، الأمر الذي كان، بالإضافة إلى الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي، أكثر من أن تتحمله. قالت ذات مرة: «كنت أسير في الشارع اليوم، وفكرت أنني على الأرجح أصبحت أيامي معدودة. ثم فكرت، هل يجب أن نتناول الكرز أم الكمثرى على الغداء؟ وكان الأمران يشعرانني بالشيء نفسه إلى حد كبير». كان لديها سبب خارجي كافٍ للاكتئاب، وكانت تؤمن بالصدق مع النفس بقوة. كما قلت، أعتقد أنها عانت اكتئابًا خفيفًا لسنوات؛ وإذا كان لدي جينات الاكتئاب، فأظن أنها جاءت منها. كانت والدتي تؤمن بالنظام والمنهجية. لا أستطيع أن أتذكر -وقد سعيت جاهدًا في أثناء التحليل النفسي- مرة واحدة حنثت فيها والدتي بوعد قطعته على نفسها. لا أستطيع أن أتذكر أنها تأخرت عن موعد. أعتقد الآن أنها أبقت هذا القانون العرفي على حياتها ليس فقط احترامًا للآخرين، ولكن أيضًا لأنه قيَّد الحزن الذي كان بداخلها دائمًا. إن أعظم سعادة كنت أشعر بها عندما كنت طفلًا صغيرًا جاءت من إسعاد والدتي. لقد كنت جيدًا في ذلك، رغم أنه لم يكن سهلًا. أعتقد، الآن، أنها كانت بحاجة دائمًا إلى تشتيت انتباهها عن الحزن. كانت تكره أن تكون وحيدة. أخبرتني ذات مرة أن السبب في ذلك هو أنها كانت طفلة وحيدة. أعتقد أن هناك خزانًا من الوحدة كان بداخلها، لكنني أظن أن شعورها بالوحدة كان أعمق بكثير من مجرد تجربة الطفولة تلك. ومن أجل حبها الكبير لنا، تمكنت من قمعه، وكانت محظوظة بامتلاك هذه القدرة. ومع ذلك، كان الاكتئاب موجودًا دائمًا، وأعتقد أن هذا هو السبب وراء استعدادها جيدًا للانتحار.

أود أن أقول إن الانتحار لا يمثل دائمًا مأساة للشخص الذي يموت، ولكنه يأتي دائمًا مبكرًا وفجأة بالنسبة إلى من حوله. إن أولئك الذين يدينون الحق في الموت يرتكبون خطأ جسيمًا. نحن جميعًا نريد المزيد من السيطرة على الحياة أكثر مما لدينا، وفرض إرادتنا على حياة الآخرين قد يعطينا شعورًا زائفًا بالأمان. لكن هذا ليس سببًا وجيهًا لحرمان الناس من حريتهم الأساسية. ومع ذلك، أعتقد أن أولئك الذين يدعمون الحق في الموت، لكن مع تمييز حالات انتحار معينة عن غيرها، يكذبون لتحقيق هدف سياسي. ينبغي ترك الأمر لكل فرد لتحديد حدود معاناته. ولحسن الحظ، فإن الحدود التي يضعها معظم الناس لأنفسهم مرتفعة. قال

نيتشه ذات مرة إن فكرة الانتحار تُبقي العديد من الأشخاص على قيد الحياة في أحلك أجزاء الليل، وأود أن أقول إنه كلما تصالح المرء بشكل كامل مع فكرة الانتحار العقلاني، أصبح أكثر أمانًا من الانتحار غير العقلاني. إن معرفة أنني إذا تجاوزت هذه اللحظة، فيمكنني دائمًا أن أقتل نفسي في اللحظة التالية، تجعل من الممكن تجاوز هذه اللحظة دون الكثير من الضغط. قد يكون الانتحار أحد أعراض الاكتئاب؛ إلا أنه أيضًا عامل مُخفِّف له. إذ إن فكرة الانتحار تجعل من الممكن التغلب على الاكتئاب.(114) أتوقع أنني سأستمر في العيش ما دمت أستطيع أن أعطي أو أتلقى أي شيء أفضل من الألم، لكنني لا أعدك بأنني لن أنتحر أبدًا. لا شيء يخيفني أكثر من فكرة أنني قد أفقد في مرحلة ما القدرة على الانتحار.

الفصل الثامن

التاريخ

يرتبط تاريخ الاكتئاب في الغرب ارتباطًا وثيقًا بتاريخ الفكر الغربي ويمكن تقسيمه إلى خمس مراحل رئيسية.[1] كانت نظرة العالم القديم للاكتئاب مشابهة بشكل مذهل لنظرتنا. فقد أعلن أبقراط أن الاكتئاب هو في الأساس مرض يصيب الدماغ ويجب علاجه بعقاقير عن طريق الفم، وكان السؤال الأساسي بين الأطباء الذين تبعوه هو حول طبيعة الدماغ والتركيب الصحيح لهذه العلاجات. في العصور المظلمة والوسطى، كان يُنظر إلى الاكتئاب على أنه مظهر من مظاهر استياء الله، وإشارة إلى نبذ المصاب به وحرمانه من المعرفة السعيدة للخلاص الإلهي. في ذلك الوقت أصبح الاكتئاب وصمة. وفي الحالات الشديدة، كان أولئك الذين عانوه يُعامَلون على أنهم كفار. بينما أضفى عصر النهضة طابعًا رومانسيًّا على الاكتئاب، وأعطانا العبقرية الكئيبة، التي كان حزنها بصيرة، وهشاشتها هي ثمن الرؤية الفنية وتعقيد الروح. وكان القرن السابع عشر إلى التاسع عشر عصر العلم، حيث سعت التجارب العلمية إلى تحديد تكوين الدماغ ووظيفته ووضع استراتيجيات بيولوجية واجتماعية لكبح جماح العقل الذي خرج عن نطاق السيطرة. وبدأ العصر الحديث في أوائل القرن العشرين مع سيجموند فرويد وكارل أبراهام، اللذين أعطتنا أفكارهما التحليلية-النفسية للعقل والذات الكثير من المفردات التي لا تزال مستخدمة لوصف الاكتئاب ومصادره؛ ثم أخيرًا وصلنا إلى إميل كريبلين، الذي اقترح توصيفًا بيولوجيًّا للمرض العقلي والنفسي باعتباره بلاءً منفصلًا عن العقل الطبيعي أو مضافًا إليه.

إن الاضطرابات التي كان يُطلَق عليها منذ فترة طويلة اسم «الملنخوليا» أو «الكآبة» يُشار إليها الآن بكلمة «الاكتئاب»، التي استُخدمت لأول مرة في اللغة الإنجليزية لوصف انخفاض الروح المعنوية في عام 1660، التي أصبحت شائعة الاستخدام في منتصف القرن التاسع عشر، لكنني أستخدمها هنا بمعناها المعاصر.[2] من المألوف أن ننظر إلى الاكتئاب باعتباره شكوى حديثة، وهذا خطأ فادح. وكما أشار صامويل بيكيت ذات مرة: «إن دموع العالم هي كمية ثابتة».[3] لقد مر الاكتئاب -من حيث شكله وتفاصيله- بآلاف التغيرات، وتعددتْ علاجاته بين السخيف والسامي، لكن كثرة النوم، وقلة الأكل، والميول الانتحارية، والعزلة الاجتماعية، واليأس المستمر، كلها أشياء قديمة قِدم قبائل التلال، إن لم تكن قديمة قِدم التلال نفسها. إذ على مر السنين، منذ أن اكتسب البشر القدرة على الاستبطان وإدراك ذواتهم، بدأت مشاعر الخجل والخزي تظهر وتختفي؛ وتقاطعت علاجات الأمراض الجسدية مع العلاجات الروحية أو العقلية، وتشابكت مناشدات الآلهة الخارجية مع مناشدات الشياطين الداخلية. إن فهم تاريخ الاكتئاب هو فهم تطور الإنسان كما نعرفه الآن. إن عصرنا الحالي، الذي يتميز بظهور أدوية مثل بروزاك، والتركيز المعرفي على الصحة النفسية، والشعور بالاغتراب الجزئي، لا يمثل سوى مرحلة واحدة في الاستكشاف والفهم المستمر للمزاج والشخصية.

آمن اليونانيون بفكرة أن العقل السليم في الجسم السليم، وبالتالي كانوا مؤمنين بالفكرة الحداثية القائلة بأن العقل غير السليم يعكس جسدًا غير سليم، وأن جميع أمراض العقل مرتبطة بطريقة ما بخللٍ جسدي. استندت الممارسة الطبية اليونانية على النظرية الخلطية، التي نظرت إلى الشخصية باعتبارها نتيجة لسوائل الجسم الأربعة: البلغم، والعصارة الصفراء، والدم، والعصارة السوداء. ووصف إمبيدوكليس الكآبة بأنها نتيجة لزيادة العصارة السوداء، وكان أبقراط، صاحب الحداثة المذهلة، قد تخيل علاجًا جسديًّا بحلول نهاية القرن الخامس قبل الميلاد، في وقتٍ كانت فكرة المرض والأطباء نفسها في طور الظهور.[4] لقد اعتبر أبقراط أن الدماغ هو مركز العاطفة والفكر والأمراض العقلية والنفسية، إذ يقول: «إن الدماغ هو الذي يجعلنا مجانين، ويبث فينا الرهبة والخوف، سواء في الليل أو في النهار، ويجلب لنا الأرق، والقلق الذي لا داعي له، والأفعال المخالفة للعادة. هذه الأشياء التي نعانيها كلها تأتي من الدماغ عندما لا يكون سليمًا، عندما يصبح حارًّا أو باردًا أو رطبًا أو جافًّا بشكل غير طبيعي». رأى أبقراط أن الكآبة تخلط العوامل الداخلية بالبيئية، وأن المعاناة الطويلة يمكن أن تُنتج الكآبة».[5] وميَّز بين المرض الذي ينشأ في أعقاب الأحداث الفظيعة والمرض الذي يحدث دون سببٍ واضح. لقد صنف كليهما على أنهما نسختان من مرضٍ واحد يحدث عندما تؤدي زيادة العصارة السوداء -الباردة والجافة- إلى الإخلال بالتوازن المثالي بين الأخلاط. وقال إن مثل هذا الخلل في التوازن قد يكون له أصل رحمي -فقد يولد الشخص مع ميل طبيعي نحوه- أو قد يكون ناجمًا عن صدمة. إن الكلمة اليونانية للعصارة السوداء هي melaina chole ومن هنا جاءت تسمية الملنخوليا، وتشمل أعراضها الخبيثة، التي ربطها أبقراط بالخريف، «الحزن،

والقلق، والاكتئاب، والميل إلى الانتحار، والنفور من الطعام، واليأس، والأرق، والتهيج، والخوف المطول». ولإعادة التوازن في الأخلاط، اقترح أبقراط إجراء تغييرات في النظام الغذائي وتناول الماندريك والخربق عن طريق الفم، وهي أعشاب كان يُعتقد أنها تقضي على القدر الزائد من العصارتين الصفراء والسوداء. وكان يؤمن أيضًا بالخصائص العلاجية للنصيحة والعمل؛ وقد عالج حزن الملك بيرديكاس الثاني بتحليل شخصيته وإقناعه بالزواج بالمرأة التي أحبها.

أصبحت النظريات المتعلقة بدرجة حرارة العصارة السوداء وموقعها والتفاصيل الأخرى معقدة بشكل متزايد خلال القرون الخمسة عشر التالية، وهو أمر مثير للفضول لأنه لا يوجد في الواقع شيء من قبيل العصارة السوداء. قد تتحول العصارة الصفراء، التي تُنتَج في المرارة، إلى اللون البني تمامًا، ولكنها لا تصبح سوداء أبدًا، ويبدو من غير المرجح أن تكون المادة الصفراء التي تغير لونها هي مادة العصارة السوداء المذكورة. كان يُنظَر إلى العصارة السوداء على أنها خبيثة؛ وقيل إنها لا تُسبب الاكتئاب فحسب، بل تُسبب أيضًا الصرع والبواسير وآلام المعدة والدوسنتاريا والطفح الجلدي. اقترح البعض أن ربط الظلام بالسلبية أو الألم هو آلية بشرية نحملها جميعًا بداخلنا، وأن الاكتئاب قد مُثِّل عبر مختلف الثقافات باللون الأسود، وأن فكرة المزاج الأسود كانت واضحة لدى هوميروس، الذي يصف «سحابة سوداء من الضيق» أصابت بيلليروفون، الذي أصبح في النهاية منبوذًا، مكروهًا من قبل جميع الآلهة، يتجول وحيدًا عبر سهل ألين، ويستهلكه اليأس، ويتجنب المجتمع البشري.[6]

كان الانقسام بين وجهة النظر الطبية ووجهة النظر الفلسفية والدينية للاكتئاب قويًّا في أثينا القديمة. واتهم أبقراط ممارسي «الطب المقدس» الذين يستعينون بالآلهة للحصول على العلاج بأنهم «نصابون ودجالون»؛ وقال إن «كل ما كتبه الفلاسفة في العلوم الطبيعية لا يتعلق بالطب أكثر منه بالرسم».[7] كان سقراط وأفلاطون يقاومان نظريات أبقراط العضوية، وادَّعيا أنه على الرغم من إمكانية علاج الإعاقات الخفيفة من قِبل الأطباء، فإن الاضطرابات العميقة كانت من اختصاص الفلاسفة. لقد صاغا مفاهيم عن الذات كان لها تأثير قوي في الطب النفسي الحديث. ابتكر أفلاطون النموذج التنموي الذي يشير إلى أن طفولة المرء قد تحدد طبيعة شخصيته البالغة؛ وقد تحدث عن قدرة الأسرة على تحديد المواقف السياسية والاجتماعية للشخص مدى الحياة، سواء كانت جيدة أو سيئة. إن نموذجه الثلاثي للنفس -العقلانية، والشهوانية، والروحية- يشبه نموذج فرويد بشكل ملحوظ.[8] إن أبقراط هو في الواقع جد بروزاك، أما أفلاطون فهو جد العلاج النفسي الديناميكي. وخلال فترة السنوات الألفين ونصف التي تفصل بينهما وبين الحاضر، قُدِّمت تنويعات عديدة من نماذجهما، تراوحت بين العبقرية والحماقة.

وسرعان ما بدأ الأطباء في اقتراح علاجات عن طريق الفم للمنلخوليا (الكآبة). في عالم ما بعد أبقراط القديم، على سبيل المثال، لاحظ فيلوتيموس أن العديد من مرضى الاكتئاب يشكون من «رأس خفيف وفارغ وكأنه غير موجود»، فوضع خوذة من الرصاص على مرضاه حتى

يكونوا على دراية تامة بأن لهم رؤوسًا.[9] واعتقد كريسيبوس الكنيدوسي أن حل الاكتئاب هو تناول المزيد من القرنبيط، وحذَّر من الريحان، الذي ادَّعى أنه يمكن أن يسبب الجنون. واقترح فيليستيون وبلستونيكوس، المعارضان لكريسيبوس، أن الريحان هو أفضل علاج للمرضى الذين فقدوا كل مشاعر الحيوية. واعتقد فيلاجريوس أن العديد من أعراض الاكتئاب تأتي من فقدان الكثير من الحيوانات المنوية في الاحتلام، ووصف مزيجًا من الزنجبيل والفلفل والعسل للسيطرة عليها. بينما اعتقد آخرون في تلك الفترة أن الاكتئاب كان نتيجة عضوية للامتناع عن ممارسة الجنس ونصحوا مرضاهم بممارسة الجنس كثيرًا.[10]

وفي غضون سبعين عامًا من وفاة أبقراط، بدأت مدرسة أرسطو في ممارسة تأثير قوي على كيفية نظرتنا إلى التفكير. ولم يقبل أرسطو استخفاف أبقراط بأهمية النفس وفلاسفتها، ولا قبول أفلاطون للطبيب باعتباره مجرد حِرَفي. واقترح أرسطو بدلًا من ذلك نظرية النفس الموحدة حيث «يؤثر اضطراب الجسد على النفس؛ فأمراض النفس تأتي من الجسد، إلا تلك التي تتولد في النفس نفسها. فالعاطفة تُغير الجسد أيضًا».[11] وفي حين أظهر أرسطو حكمة عميقة فيما يتعلق بالطبيعة البشرية، إلا أنه لم يكن يمتلك فهمًا قويًّا لعلم التشريح. إذ خلافًا للفهم الحديث، قال إن «الدماغ يفتقر إلى أي وظيفة حسية أو إدراكية»، واقترح أن القلب لديه آلية تنظيمية تتحكم في توازن الأخلاط الأربعة، وأن الحرارة أو البرودة يمكن أن تُفسِد هذا التوازن. لكن لم تكن رؤية أرسطو للاكتئاب سلبية تمامًا على عكس رؤية أبقراط. أخذ أرسطو من أفلاطون فكرة الجنون الإلهي وحولها لمسألة طبية من خلال ربطها بالكآبة. وعلى الرغم من أن أرسطو سعى إلى طرق لفهم المرض والتخفيف منه، فإنه شعر أيضًا أن قدرًا معينًا من العصارة السوداء الباردة كانت ضرورية للعبقرية، إذ يقول «كل أولئك الذين برعوا في الفلسفة، والشعر، والفن، والسياسة، بل حتى سقراط وأفلاطون كانا يعانيان بعض الكآبة. وعانى بعض العباقرة مرض الكآبة نفسه. إننا جميعًا نمر بحالة من الحزن دون أن نكون قادرين على أن نعزوها إلى أي سبب؛ تحدث مثل هذه المشاعر بدرجة طفيفة لدى الجميع، لكن أولئك الذين تغمرهم هذه المشاعر تصبح جزءًا دائمًا من طبيعتهم، وتجعلهم مختلفين تمامًا عن غالبية الناس. وإذا تملَّكتهم الحالة تمامًا، فإنهم يصابون بالاكتئاب الشديد؛ ولكن إذا كان لديهم مزاج مختلط، يصبحون رجالًا عباقرة».[12] كان هيراكليس أشهر العباقرة الكلاسيكيين المصابين بمرض العصارة السوداء، وقد أصابت المقاتل الشرس أجاكس أيضًا.[13] وقد واصل سينيكا فكرة الكآبة الملهمة هذه، حيث قال: «لم توجد موهبة عظيمة من قبل دون لمسة من الجنون»[14]؛ وقد عادت هذه الفكرة إلى الظهور خلال عصر النهضة وتكررت بانتظام منذ ذلك الحين.

ومن القرن الرابع وحتى القرن الأول قبل الميلاد، تطورت العلوم الطبية والفلسفة على مسارات وثيقة الارتباط، مما جعل هناك تقاربًا في وصف المسائل النفسية. كان يُنظر إلى الكآبة في هذه الفترة على أنها قدَرٌ يطال الجميع بشكل أو بآخر؛ فقد كتب شاعر القرن الرابع

ميناندر: «أنا إنسان، وهذا سبب كافٍ لكوني بائسًا».[15] بينما اعتقد المتشككون أنه من المهم دراسة العالم المرئي، وبالتالي نظروا إلى الأعراض دون التنظير حول أصول تلك الأعراض أو معناها العميق.[16] وبسبب عدم اهتمامهم بالأسئلة الكبيرة والصعبة المتعلقة بطبيعة الذات الجسدية والدماغية التي شغلت أبقراط وأرسطو، حاولوا تصنيف الأعراض لوصف المرض.

في القرن الثالث قبل الميلاد، فصل إراسيستراتوس الدماغ والمخيخ، وقال إن الذكاء يكمن في الدماغ وإن القدرة الحركية تعتمد على المخيخ.[17] ثم قرر هيروفيلوس أن «القوة المُحركة تتجه من الدماغ نحو الأعصاب»، وبذلك أسَّس فكرة وجود عضو متحكم يشرف على الجهاز العصبي. وقد جمع مينودوت النيقوميدي، الذي عاش في القرن الأول الميلادي، كل الحكمة السابقة، فدمج أفكار التجريبيين مع أفكار كبار الفلاسفة والأطباء الأوائل.[18] وأوصى لعلاج الاكتئاب بالعلاج نفسه الذي اكتشفه أبقراط، والفحص الذاتي نفسه الذي جاء من أرسطو، ونصح أيضًا بممارسة الرياضة، والسفر، والتدليك، والمياه المعدنية لمساعدة المصابين بالاكتئاب. ومثل هذا البرنامج الشامل هو بالضبط ما نسعى لتحقيقه اليوم.

فصل روفوس الأفسسي، معاصر مينودوت، الأوهام المرتبطة بالكآبة عن بقية العقل، وتحدث عن الكآبة باعتبارها انحرافًا منفصلًا يحدث في العقول فيضعفها.[19] وعرض أوهام بعض مرضى الكآبة؛ فقد عالج في مراحل مختلفة رجلًا كان يعتقد أنه وعاء من الفخار؛ وآخر يعتقد أن جلده قد جف وتقشر؛ وآخر ظن أنه لا رأس له. وأشار روفوس إلى الأعراض الجسدية لما نعرفه الآن على أنه قصور الغدة الدرقية، وهو خلل هرموني تتشابه أعراضه مع أعراض الكآبة. وكان يعتقد أن الأسباب الرئيسية للكآبة هي تناول اللحوم بكثرة، وعدم ممارسة التمارين الرياضية، والإفراط في تناول النبيذ الأحمر، والكدح الفكري المفرط، وأشار إلى أن العبقري قد يكون عرضة بشكل خاص للكآبة. وأشار إلى أن بعض المصابين بالملنخوليا (الكآبة) هم «هكذا بطبيعتهم، بحكم مزاجهم الخلقي»، في حين أن آخرين «يصبحون على هذا النحو بعدما كانوا طبيعيين». وتحدَّث أيضًا عن درجات الكآبة وأنواعها: فهناك نوع تصيب فيه العصارة السوداء كل الدم، وآخر تؤثر فيه على الرأس فقط، وآخر تثير فيه مرض «التوهم المرضي». وجد روفوس أن مرضاه الذين يعانون الكآبة عانوا أيضًا تراكم السوائل الجنسية غير المفرزة، التي أدى تعفنها إلى إصابة الدماغ.

كان روفوس يؤيد التخلص من مرض الاكتئاب قبل أن يصبح متأصلًا. واقترح فصد الدم، و«التطهير بالزعتر والصبار، لأن هاتين المادتين إذا تناولتهما يوميًّا بجرعة صغيرة تؤديان إلى فتح الأمعاء بشكل معتدل ومهدئ». ويمكن استكمال هذا باستخدام خربق أسود. واقترح المشي بانتظام، وكذلك السفر، وكذلك الاغتسال قبل الوجبات. كوَّن روفوس أيضًا «علاجه المقدس»، الذي كان بمكانة بروزاك عصره، الذي ظل يتمتع بشعبية كبيرة على الأقل خلال عصر النهضة وظل يُستخدم في بعض الأحيان حتى في وقت لاحق. وكان هذا العلاج عبارة عن سائل مركب من الحنظل، والجعدة الأرضية، والسليخة، والغاريقون، والحلتيت، والبقدونس

البري والزراوند والفلفل الأبيض والقرفة وسنبل العنبر، والزعفران والمر؛ ويُخلَط كل ذلك مع العسل ويُخفَّف بالبتع والماء المالح. واقترح أطباء آخرون في ذلك الوقت كل شيء بدءًا من التكبيل بالسلاسل والعقوبات، ووضع أنبوب ماء تتساقط منه قطرات الماء بالقرب من المريض بالكآبة لمساعدته على النوم، ووضعه في أرجوحة شبكية، ووصولًا إلى إعطائه نظام غذائي من الأطعمة الرطبة ذات الألوان الفاتحة مثل الأسماك، والدواجن والنبيذ المخفف وحليب الثدي البشري.[20]

كانت الفترة الرومانية المتأخرة وقتًا للتعلم والتعمق الكبير في هذه الأمور. درس أريتايوس الكابيدوكي الهوس والاكتئاب، كاضطرابات مرتبطة وكذلك منفصلة، خلال القرن الثاني الميلادي.[21] وكان يؤمن بوجود روح جسدية تتجول في الجسد، التي تتأجج وتزداد حرارة بين الرجال الغاضبين (الذين تتحول وجوههم بالتالي إلى اللون الأحمر)، وتتقلص وتنكمش لدى الخائفين (الذين تصبح وجوههم شاحبة). واقترح أن مستوى العصارة السوداء بين المصابين بالكآبة «قد يُثار بسبب الفزع والغضب المفرط»، وأن الأخلاط لها علاقة دائرية بالعواطف، بحيث إن تبريد الطاقة الحيوية للروح قد يؤدي إلى اكتئاب حاد، في حين أن الاكتئاب قد يؤدي إلى تبريد العصارة السوداء. كان أريتايوس أول من قدم صورة مقنعة لما نسميه الآن الاكتئاب المهتاج، وهي حالة تنسبها بعض الفلسفات المعاصرة خطأً إلى تعقيدات الحياة الصناعية الحديثة؛ في حين أنها جانب فطري ودائم من التجربة الإنسانية. كتب أريتايوس: «إن الكئيب يعزل نفسه؛ ويخاف من الاضطهاد والسجن؛ ويعذب نفسه بأفكار وهمية. إنه يمتلئ بالرعب، ويخلط بين خيالاته والحقيقة، ويشكو من أمراض وهمية، ويلعن الحياة ويتمنى الموت، ويستيقظ فجأة ويشعر بتعب شديد. وفي بعض الحالات، يبدو الاكتئاب وكأنه نوع من الهوس: حيث يكون المرضى دائمًا مهووسين بالفكرة نفسها ويمكن أن يصابوا بالاكتئاب والنشاط في الوقت نفسه». وشدد أريتايوس على أن الاكتئاب الشديد غالبًا ما يحدث لدى الأشخاص الذين يميلون بالفعل إلى الحزن، وبخاصة كبار السن، أو مَن يعانون السمنة المفرطة، أو الضعفاء، أو مَن هم وحدهم؛ واقترح أن الحب هو العلاج الأكثر فاعلية لهذه الحالة. كان العلاج الفموي المفضل لديه يشمل الاستهلاك المنتظم للتوت الأسود والكراث. بالإضافة إلى ذلك، فقد شجَّع النهج الديناميكي النفسي المتمثل في جعل المرضى يُعبرون لفظيًّا عن أعراضهم، واعتقد أنه يمكنه مساعدتهم في تخفيف مخاوفهم من خلال مناقشتها والتعبير عنها.

حاول كلوديوس جالينوس، المولود في القرن الثاني الميلادي، وهو الطبيب الشخصي لماركوس أوريليوس، وهو على الأرجح أهم طبيب بعد أبقراط، الوصول إلى تركيب عصبي ونفسي لعمل جميع أسلافه.[22] ووصف الأوهام الاكتئابية -حيث اعتقد أحد مرضاه أن الإله أطلس سوف يتعب ويترك العالم الذي يحمله يسقط، بينما اعتقد آخر أنه حلزون هش القشرة- وقال إن تحتها يوجد مزيج من الخوف واليأس. ورأى «قلوب الشباب والمراهقين وهي ترتجف،

ويصيبهم الضعف والنحافة من القلق والاكتئاب». عانى مرضى جالينوس «اضطراب النوم، والخفقان، والدوار... والحزن، والقلق، والخزي، والاعتقاد بأنهم مضطهدون، وأن هناك شيطانًا يستحوذ عليهم، وأن الآلهة تكرههم». تبنى جالينوس أيضًا اعتقاد روفوس بشأن العواقب الوخيمة للكبت الجنسي. لقد عالج إحدى مريضاته، التي كان يعتقد أن دماغها كان مضطربًا بسبب الأبخرة الضارة الناتجة عن سوائلها الجنسية المتعفنة، «من خلال التحفيز اليدوي للمهبل والبظر واستمتعت المريضة كثيرًا بذلك، وأخرجت الكثير من السوائل، فشُفيت». كان لجالينوس أيضًا وصفات خاصة به، التي تضمَّن الكثير منها مكونات روفوس، على الرغم من أنه أوصى بترياق مصنوع من الموز، واللفاح، وزهور الزيزفون، والأفيون، والجرجير لعلاج القلق والاكتئاب المشترك. ومن المثير للاهتمام أنه بينما كان جالينوس يكوِّن مشروبه، بدأ شعب الأزتيك في قارة أخرى باستخدام عقاقير الهلوسة القوية لمنع الاكتئاب بين السجناء، وهو ما اعتقدوا أنه نذير شؤم.[23] وكان الأسرى الذين سيُضحَّى بهم يُعطَون مشروبًا خاصًّا لمنعهم من اليأس حتى لا يهينوا الآلهة.

كان جالينوس يؤمن بوجود روح جسدية، أو ما يمكن أن نطلق عليه اسم النفس، ومقرها في الدماغ؛ وكانت هذه الروح خاضعة لحكم ذاتٍ لها سلطة على الجسد مثل سلطة الله على العالم. ومن خلال مزج فكرة الأخلاط الأربعة مع مفاهيم حول درجة الحرارة والرطوبة، صاغ جالينوس فكرة الأمزجة التسعة، التي يُمثل كلٌّ منها نوعًا من الروح. إحداها يسيطر عليها حزنٌ لا يُنظَر إليه على أنه مرض، بل جزء من الذات: «هناك أشخاص بطبيعتهم قلقون، مكتئبون، متألمون، متأمِّلون دائمًا؛ بالنسبة إليهم لا يمكن للطبيب أن يفعل سوى القليل». وأشار جالينوس إلى أن الكآبة يمكن أن تكون نتيجة لآفة في الدماغ، أو يمكن أن تكون نتيجة عناصر خارجية غيرت عمل الدماغ السليم. في حالة عدم التوازن الخلطي، يمكن أن تصل العصارة السوداء إلى الدماغ، مما يؤدي إلى تجفيفه؛ وهذا من شأنه الإضرار بالنفس. «إن الخليط المزاجي، مثل الظلام، يغزو مقر الروح، حيث يوجد العقل. ومثلما أن الأطفال يخافون من الظلام، كذلك يصبح الكبار عندما يكونون فريسة للعصارة السوداء التي تعزز الخوف؛ حيث يكون لديهم ليل متواصل في عقولهم، ويكونون في خوف دائم. ولهذا السبب يخاف المصابون بالكآبة من الموت ويتمنونه في الوقت نفسه. إنهم يتجنبون النور ويحبون الظلام». وقال إنه يمكن للروح في الواقع أن تخفت. «والعصارة السوداء تُغلِّف العقل كعدسة العين؛ فإذا كانت شفافة، تسمح بالرؤية الواضحة، وإذا مرضت وأصبحت ضبابية، لا تسمح بالرؤية الواضحة». وكان جالينوس، الذي فضَّل علم الأحياء النفسي على الفلسفة، ينتقد بشدة أولئك الذين ينسبون الكآبة إلى عوامل عاطفية مجردة؛ لكنه اعتقد أن مثل هذه العوامل يمكن أن تؤدي إلى تفاقم أعراض العقل المنحرف بالفعل بسبب عدم التوازن الخلطي.

تعود جذور المرحلة التالية من التاريخ الطبي إلى الفلاسفة الرواقيين. وقد كان اعتقادهم بأن العوامل الخارجية تسبب المرض النفسي هو السائد في العصور المظلمة التي أعقبت

سقوط روما.[24] كان صعود المسيحية غير ملائم للغاية بالنسبة إلى المصابين بالاكتئاب. وعلى الرغم من أن جالينوس كان هو المرجع الطبي في العصور الوسطى، فإن فكرته عن العلاجات الصيدلانية النفسية كانت تتعارض مع نموذج الكنيسة. وبالتالي، تعرضت علاجاته للتجاهل شيئًا فشيئًا لأنها كانت تتعارض مع عقيدة الكنيسة.

أعلن القديس أغسطينوس أن ما يُميز البشر عن الحيوانات هو هِبة العقل؛ وهكذا أدى فقدان العقل إلى تحويل الإنسان إلى حيوان.[25] ومن هذا الموقف، كان من السهل أن نستنتج أن فقدان العقل كان علامة على استياء الله، وعقابه للنفس المُخطئة. كانت الكآبة تُعتبر محنة صعبة بشكل خاص، لأن يأس الكآبة يشير إلى أن المصاب بها لم تكن تغمره السعادة الناتجة عن معرفة محبة الله ورحمته. كانت الكآبة، من وجهة النظر هذه، بمنزلة الابتعاد عن كل ما هو مقدس. علاوة على ذلك، كانت الكآبة العميقة في كثير من الأحيان دليلًا على تعرض المرء للاستحواذ من الشيطان، وإذا لم يكن من الممكن طرد هذا الشيطان منه، فلماذا لا يرحل الشخص نفسه؟ وسرعان ما وجد رجال الدين دعمًا لهذه الفكرة في الكتاب المقدس. لقد انتحر يهوذا، وبالتالي، وفقًا للمنطق، لا بد أنه كان كئيبًا؛ وهكذا فإن جميع المصابين بالكآبة يجب أن يكونوا مثل يهوذا في سلوكهم الجسدي. إن وصف نبوخذ نصر في سفر دانيال 4: 33 فُسِّر على أنه إثبات على أن الله أرسل الجنون لمعاقبة الخطاة. وفي القرن الخامس[26]، كتب كاسيان عن «المعركة السادسة» مع «التعب والضيق في القلب»، قائلًا إن «هذا هو «شيطان الظهيرة» المذكور في المزمور التسعين»[27]، الذي «يسبب النفور من البيئة المحيطة، والشعور بالاشمئزاز وازدراء الآخرين والكسل». المقطع المعني موجود في سفر المزامير ويمكن ترجمته حرفيًّا من النسخه اللاتينية للإنجيل على النحو التالي: «حقيقته ستحاوطك بدرع. لا تخش من رعب الليل، ومن السهم الذي يطير خلال النهار، ومن الأشياء التي تتجول في الظلام، ومن الغزو، أو من شيطان الظهيرة». افترض كاسيان أن «رعب الليل» يشير إلى الشر؛ و«السهم الذي يطير في النهار» يرمز إلى هجمات الأعداء من البشر، و«الأشياء التي تتجول في الظلام» تمثل الشياطين التي تظهر في الأحلام؛ و«الغزو» يرمز إلى المس الشيطاني؛ وارتبط «شيطان الظهيرة» بالكآبة. وهو الشيء الذي يمكنك رؤيته في وضح النهار ولكنه مع ذلك يأتي لينتزع روحك بعيدًا عن الله.

قد تظهر خطايا أخرى في الليل، لكن هذه الخطيئة بالذات تستمر طوال النهار والليل. فماذا يمكن أن يُقال دفاعًا عن شخص يفتقر إلى حماية الله؟ قد تكون العقوبة فعالة في علاج مثل هذه الحالة اليائسة؛ فقد أصر كاسيان على إجبار الرجل الكئيب على العمل اليدوي، أن يبتعد عنه جميع إخوته ويهجروه. وقال إيفاجريوس بالعبارة نفسها إن الكآبة هي «شيطان الظهيرة» الذي يهاجم الزاهد ويغريه. لقد أدرجها كواحدة من الإغراءات الثمانية الرئيسية التي يجب أن نقاومها على الأرض. لقد اتخذتُ هذه العبارة كعنوان لهذا الكتاب لأنها تصف بالضبط ما يعانيه المرء خلال الاكتئاب. إذ تعمل الصورة على استحضار الشعور الرهيب بالغزو الذي

يصاحب مِحنة الاكتئاب. فهناك شيء وقح حول الاكتئاب. تعتمد معظم الشياطين -معظم أشكال الألم- على جنح الليل؛ فرؤيتهم بوضوح تعني هزيمتهم. بينما يقف الاكتئاب في وهج الشمس، لا يأبه لفكرة أنه يُرى. يمكنك أن تعرف كل الأسباب وتظل تعاني كما لو كنت جاهلًا تمامًا بها. لا يوجد تقريبًا أي حالة نفسية أخرى يمكن قول الشيء نفسه عنها.

وبحلول وقت محاكم التفتيش، في القرن الثالث عشر، غُرِّم بعض المصابين بالاكتئاب أو سُجِنوا بسبب خطيئتهم.[28] في هذه الفترة، استطاع توما الأكويني، الذي وضع نظرية عن الجسد والروح تكون الروح وفقًا لها فوق الجسد من حيث الترتيب، أن يستنتج أن الروح لم تكن عرضة للأمراض الجسدية.[29] وبما أن الروح أدنى من الإله، فقد كانت عرضة لتدخل الله أو الشيطان. وفي هذا السياق كان لا بد أن يكون المرض من الجسد أو من الروح، وقد نُسبت الكآبة إلى الروح. حددت الكنيسة في العصور الوسطى تسع خطايا مميتة (قُلِّصت فيما بعد إلى سبع). ومن بين هذه الخطايا كانت الأسيديا acedia (التي تُرجمت إلى «الكسل» في القرن الثالث عشر). ويبدو أن الكلمة قد استُخدمت على نطاق واسع مثل كلمة الاكتئاب في العصر الحديث، وهي تصف أعراضًا مألوفة لأي شخص رأى الاكتئاب أو شعر به؛ وهي أعراض لم تُعتَبر من قبل على أنها خطيئة. في رواية «حكاية قس» التي ألفها جيفري تشوسر، يصف القس الأسيديا بأنها شيء «يحرم المخطئ من البحث عن أي خير. الأسيديا هي عدو الإنسان لأنها معادية لأي عمل من أي نوع، وأي شكل من أشكال الاجتهاد ولها تأثير ضار على رفاهية الفرد الدنيوية، حيث تؤدي إلى الإهمال والتبذير وتدمير الممتلكات. إنها تحول الأفراد الأحياء إلى نظراء لأولئك الذين يعانون في الجحيم، مما يجعلهم عصبيين ومثقلين».[30] يستمر المقطع، ويصبح أكثر إزعاجًا مع كل عبارة. الأسيديا هي خطيئة مُركبة يعدد القس عناصرها. «إنها دقيقة وخفية للغاية، بحسب قول سليمان، بحيث يصعب التأثير عليها بأي فعل. وهذا التجنب للأفعال الفاضلة يولِّد الخوف لدى الأفراد، بل ويمنعهم حتى من البدء في أي عمل خيِّر. فالندم غير المعقول والخوف المفرط قد يؤديان إلى اليأس وفقدان الأمل في رحمة الله. مثل هذه الحالة يمكن أن تجعل الخاطئ يعتقد أنه ارتكب خطيئة خطيرة لدرجة أنه لا جدوى من التوبة. وإذا استمر هذا مطولًا، فإنه يعتبر من الخطايا ضد الروح القدس. وبعد ذلك، يؤدي ذلك إلى حالة من النعاس البطيء الذي يجعل الشخص خاملًا جسديًّا وروحيًّا. وأخيرًا، تأتي خطيئة الحزن، التي تنتج موت النفس والجسد على حد سواء. وبسببها ينزعج الإنسان من حياته. لذا فإن حياة الإنسان غالبًا ما تنتهي قبل أن يحين وقته حقًّا».

كان الرهبان عرضة بشكل خاص للإصابة بالأسيديا، التي تجلت بينهم في الإرهاق، والخمول، والحزن أو الاكتئاب، والأرق، والنفور من العزلة والحياة النسكية، والشوق إلى الأسرة والحياة السابقة. وقد مُيِّزت الأسيديا عن الحزن (تريستيا) الذي يُرجِع الإنسان إلى الله وإلى التوبة.[31] مصادر العصور الوسطى ليست واضحة بشأن الدور الذي تلعبه الإرادة في هذا. هل من الخطيئة أن يسمح المرء لنفسه بالشعور بالأسيديا؟ أم أن الأسيديا كانت عقوبة

لمن ارتكب خطيئة أخرى؟ كما يساويها أشد خصومها حماسة بالخطيئة الأصلية؛ فقد كتبت الراهبة الفصيحة هيلدجارد فون بينجن: «في اللحظة التي عصى فيها آدم الشريعة الإلهية، في تلك اللحظة بالذات، امتلأت دماؤه بالكآبة».[32]

في العصور الوسطى، كان الحفاظ على النظام مسعى هشًّا إلى حد ما، وكان أي اضطراب في العقل مثيرًا للقلق بشكل خاص للناس في تلك الحقبة. إذ كان يُعتقد أنه بمجرد إضعاف العقل فإن البشرية بأكملها ستنهار وسيتفكك النظام الاجتماعي. وفي هذا السياق، اعتُبرت الحماقة خطيئة، لكن الاضطراب العقلي أكثر خطورة بكثير. العقل ضروري للسماح للمرء باختيار الفضيلة. ودونه، لا يكون لديه ما يكفي من ضبط النفس لمثل هذا الاختيار. في الفكر الكلاسيكي، لا يمكن فصل الروح أو العقل عن الجسد، بينما في نظر مسيحيي العصور الوسطى، بالكاد يُنظر إلى الروح على أنها مرتبطة بالجسد المادي.

ومن هذا التقليد نمت الوصمة التي لا تزال مرتبطة بالاكتئاب اليوم. فالروح، كونها هِبة إلهية، يجب أن تكون كاملة؛ وعلينا أن نسعى جاهدين للحفاظ على كمالها؛ وعيوبها هي المصدر الأساسي للعار في المجتمع الحديث. إن عدم الأمانة والقسوة والجشع والأنانية وهفوات الحكم كلها عيوب في الروح، ولذلك نحاول تلقائيًّا قمعها. وما دام الاكتئاب قد دُمِج مع «آلام الروح» هذه، فإنه يبدو لنا أمرًا مقيتًا. هناك العديد من القصص حول كيفية إلقاء هذا الارتباط الضوء على الاكتئاب في أسوأ صورة ممكنة. على سبيل المثال، دخل رسام القرن الخامس عشر هوجو فان دير جويس[33] أحد الأديرة في ثمانينيات القرن الخامس عشر، لكنه استمر، بفضل موهبته العظيمة، في التفاعل بشكل منتظم مع العالم الخارجي. وبعد عودته ذات ليلة من رحلة، اعتُبر «مُصابًا باضطراب غريب. لقد ظل يصرخ باستمرار قائلًا إنه محكوم عليه بالهلاك واللعنة الأبدية. حتى إنه كان سيؤذي نفسه، إذ سيطرت الأوهام على عقله المريض». وبحسب إخوانه الذين حاولوا علاجه بالموسيقى، فإن حالته لم تتحسن؛ واستمر في الحديث بشكل غير معقول، واعتبر نفسه ابنًا للهلاك. فكر الرهبان فيما إذا كان هوجو يعاني جنونًا فنيًّا أم أنه كان ممسوسًا بروح شريرة، وقرروا أنه يعاني كلا الأمرين، وربما تفاقمت حالته بسبب استهلاك النبيذ الأحمر. كان هوجو قلقًا للغاية بشأن إكمال مهامه الفنية ولم يتمكن من تصور الانتهاء منها. وبينما تعافى لفترة وجيزة مع مرور الوقت ومن خلال طقوس التوبة الدينية، فقد تعرض لاحقًا لانتكاسة وتوفي في حالة سيئة.

وإذا كانت العصور الوسطى قد أضفت طابعًا أخلاقيًّا على الاكتئاب، فإن عصر النهضة أضفى عليه سحرًا وبريقًا. فمن خلال العودة إلى الفلاسفة الكلاسيكيين (أكثر من الأطباء الكلاسيكيين)، افترض مفكرو عصر النهضة أن الاكتئاب يشير إلى العمق. قدمت الفلسفة الإنسانوية تحديًا قويًّا على نحو متزايد للعقيدة المسيحية (رغم أنها، في حالات أخرى، عززت المعتقدات والمبادئ المسيحية)؛ فالألم غير العقلاني الذي كان يوصف في العصور الوسطى بأنه خطيئة ولعنة، أصبح الآن مرضًا (يُسمى على نحو متزايد الملنخوليا) وصفة مميزة

للشخصية (تُسمى على نحو متزايد الكآبة). ومن بين جميع كُتاب عصر النهضة الذين ناقشوا الاكتئاب -وكانوا غفيرين- كان مارسيليو فيسينو أعظم فلاسفة عصر النهضة الذين ناقشوه.[34] كان فيسينو يعتقد أن الكآبة الموجودة في كل إنسان هي مظهر من مظاهر توقنا إلى العظيم والأبدي. لقد كتب عن أولئك الذين يعتبرون الكآبة حالة أساسية للبشرية: «من المدهش أنه كلما كنا في أوقات الفراغ، نقع فريسة للحزن مثل المنفيين، على الرغم من أننا لا نعرف، أو بالتأكيد لا نفكر، في سبب حزننا... وفي وسط المسرحيات السعيدة نتنهد أحيانًا، وعندما تنتهي المسرحيات نغادر أكثر حزنًا». الكآبة الموصوفة هنا هي ما يقبع تحت كل انشغالاتنا في الحياة اليومية، وهي صفة ثابتة للروح. يعود فيسينو إلى فكرة أرسطو عن الحزن الإلهي، ويستمر في القول إن الفيلسوف، أو المفكر العميق، أو الفنان سيكون بالضرورة على اتصال بكآبته أكثر من الرجل العادي، وأن عمق تجربته مع الكآبة هو أمر ضروري. كان يعتقد فيسينو أن العقل المعذب أكثر فضيلة، لأنه يدفع الروح نحو فهم الله المستوحى من الكآبة. ويصبح هذا عقيدة مقدسة عندما يشرح طبيعة الكآبة الإلهية: «ما دمنا ممثلين لله على الأرض، فإننا نشعر بالقلق باستمرار نتيجة التوق والحنين إلى الوطن السماوي». تؤدي المعرفة إلى عدم الرضا، ونتيجة عدم الرضا هي الكآبة والسوداوية. تفصل الكآبة الروح عن العالم وتدفعها نحو النقاء. «إن العقل يزداد كمالًا كلما ابتعد عن الجسد، ولذلك يكون العقل مكتملًا عندما يطير بعيدًا تمامًا عن الجسد». إن وصف فيسينو لألوهية الكآبة يقر بأن تلك الحالة قريبة جدًّا من الموت.

اقترح فيسينو لاحقًا أن الإبداع الفني يعتمد على الإلهام الذي يهبط في أثناء الجنون المؤقت؛ إذ كانت الكآبة شرطًا أساسيًّا للإلهام. ومع ذلك، أدرك فيسينو أن الاكتئاب كان اضطرابًا فظيعًا وأوصى بعلاجات له، بما في ذلك التمارين الرياضية وتغيير النظام الغذائي والموسيقى. كان فيسينو نفسه مصابًا بالاكتئاب، وعندما شعر بالإحباط، لم يتمكن من استحضار كل هذه الحجج الجذابة لصالح الاكتئاب؛ وعندما جاء أصدقاؤه لرؤيته، كان عليهم في كثير من الأحيان أن يقدموا له حججه الخاصة. إن فلسفة فيسينو، مثل الكثير من أفكار ما بعد عصر النهضة حول الكآبة، هي سيرة ذاتية، فهو يناقش كيف كان يتنقل بين رباطة الجأش غير الكئيبة والكآبة الشديدة، حتى إنه عنون أحد فصول كتابه الأول بـ «كيف تجعل العصارة السوداء الناس أذكياء».

حاول عصر النهضة التوفيق بين فهمه للفكر الكلاسيكي وبعض «المعرفة» المقبولة التي جاءت من العصور الوسطى. ومن خلال الجمع بين الفكرة الكلاسيكية للأمزجة مع افتتان العصور الوسطى بالأبراج، ربط فيسينو كوكب زحل بالكآبة، واصفًا إياه بأنه كوكب ثقيل ومنعزل يحكم هذه الحالة الذهنية. زحل، وفقًا للكيميائي والكابالي أجريبا، كان «مصدر التأمل الغامض» ولعب دورًا في تحويل تركيز الروح إلى الداخل، وتوجيهها من الاهتمامات

الدنيوية إلى الأمور العليا ومنحها إمكانية الوصول إلى المعرفة والعلوم.[35] تجد هذه الأفكار الدعم في كتابات جورجيو فاساري عن الفنانين العظماء في هذا العصر.[36]

كان عصر النهضة الإنجليزي أقرب إلى وجهات نظر القرون الوسطى حول الكآبة من تلك التي اتبعها الإيطاليون، لكن التأثير الجنوبي بدأ يزحف في أواخر القرن الخامس عشر. لذلك، على سبيل المثال، استمر الإنجليز في الاعتقاد بأن الكآبة تأتي من «تدخُّل الشياطين»[37]، لكنهم قبلوا أن أولئك الذين أصيبوا بمثل هذا التدخل ليسوا مسؤولين عنه. بالنسبة إلى مفكري عصر النهضة الإنجليزيين، فإن الشعور بالخطيئة الذي يعانيه الكئيب هو محنة خطيرة وليس علامة على غياب محبة الله ولا ينبغي الخلط بينه وبين الشعور الحقيقي بالخطيئة الذي يعانيه المُخطئ الحقيقي. وبطبيعة الحال، لم يكن من السهل دائمًا التمييز بين الوهمي والحقيقي. على سبيل المثال، ادَّعى أحد الأشخاص أنه شعر «بروح شريرة تدخل إلى جسده، وتزحف لتستحوذ على رأسه»[38]، على الرغم من أنه شُفي في النهاية من هذا المس، في حين أن بعض الآخرين لم يحالفهم الحظ. تساءل جورج جيفورد عن «طبيعة الأشخاص الذين يناسبون الشيطان بحيث يمارس سحره وشعوذته عليهم»[39]، وخلص إلى أن الشيطان يبحث عن «الأفراد الأشرار الذين أعماهم الكفر والغارقون في الجهل العميق. وإذا كان لدى الشخص، علاوة على هذه السمات، جسد ممتلئ بالكآبة، فإن تأثير الشيطان سيكون أعمق على العقل».

تنافست فكرة المناطق الشمالية، التي تربط بين السحر والشعوذة والكآبة، بقوة مع المفهوم الجنوبي الذي يربط العبقرية بالكآبة.[40] كان طبيب البلاط الهولندي جان وير (الذي أدرج فرويد كتابه «حول حيل الشياطين De praestigiis daemonum» كواحد من أعظم عشرة كتب على الإطلاق)[41] مدافعًا عظيمًا عن الساحرات باعتبارهن ضحايا كآبتهن؛ وتأكيده على أن هؤلاء السيدات البائسات مريضات في الرأس أنقذ عددًا منهن من الإعدام. وقد دعم موقفه من خلال إظهار أن ضحايا الساحرات كانوا عادةً متوهمين، مع التركيز على العدد الكبير من الرجال في شمال أوروبا الذين اتهموا الساحرات بسرقة أعضائهم الذكرية. أصر وير على أن الرجال الآخرين كان يمكنهم عادةً اكتشاف الأعضاء الذكرية لهؤلاء الرجال موجودة في مكانها وسليمة، مما يوضح أنهم كانوا متوهمين. وإذا كان «ضحايا» الساحرات يعانون الأوهام، فمن المؤكد أن أولئك الذين افترضوا أنهن ساحرات كانوا أكثر وهمًا. تُبُنِّي هذا النموذج من قِبل الإنجليزي ريجنالد سكوت، الذي اقترح في كتابه عن السحر الصادر عام 1584 أن الساحرات جميعهن مجرد نساء مسنات مكتئبات وحمقاوات، يتأثرن بالشر مثل البعوضة، ويتحملن اللوم خطأ عن المشكلات التي شهدنها. ووفقًا له، فإن «عقولهن الخاملة وفرت مقعدًا مريحًا للشيطان»، لذلك اعتقدن بسهولة أنهن مسؤولات عن أي سوء حظ أو كارثة أو ضرر يحدث. هذا الرأي، القائل إن ما اعتُبِر حقيقة دينية كان مجرد وهم ومرتبطًا بمرض عقلي، كان له معارضون أقوياء استمروا في الدفاع عن موقف القرون الوسطى؛ ورغم أن كتاب

سكوت كان يُقرأ على نطاق واسع في إنجلترا في العصر الإليزابيثي، فإن الملك جيمس أمر بحرق جميع نسخه، كما لو كانت الكتب نفسها ساحرات.[42]

تغلَّب مفهوم المرض تدريجيًّا على مفهوم المس الشيطاني. في إحدى الحالات الفرنسية في هذه الفترة، لاحظ الأطباء أن لدى الساحرة «قرقرة تحت أضلاعها على الجانب الأيسر، وهو أمر معتاد لأولئك الذين يعانون مشكلات متعلقة بالطحال»[43]، وقد أدى ذلك إلى صدور أمر المجمع الكنسي عام 1583 للكهنة بأن «يُجروا تحقيقًا شاملًا عن «حياة الممسوسين» قبل طرد الأرواح الشريرة منهم، وذلك لأن الأفراد الذين كانوا يعانون الكآبة أو الجنون أو المسحورين غالبًا ما يحتاجون إلى علاج طبي أكثر من خدمات طارد الأرواح الشريرة». وانتصرت عقلانية عصر النهضة على خرافات القرون الوسطى.

كان الفرنسيون رواد العلاج الفعال للأعراض التي يمكن أن تكون ناجمة عن حالة طبية حقيقية أو نتاج خيال المريض. كان لدى مونتين، الذي كان هو نفسه كئيبًا إلى حدٍّ ما، إيمان قوي بالفلسفة كشكل من أشكال التداوي.[44] لقد ابتكر شكلًا من أشكال الوهم العلاجي لمكافحة الكآبة. على سبيل المثال، روى قصة امرأة كانت تعاني القلق الشديد لأنها ظنت أنها ابتلعت إبرة. ولعلاجها، جعلها تتقيأ ثم وضع إبرة في القيء، مما أقنعها بأنها أخرجت الإبرة من جسدها، مما أدى في النهاية إلى شفائها من قلقها.

نُشر كتاب أندرياس دو لورينز «خطاب عن الأمراض الشبيهة بالكآبة» باللغة الإنجليزية في عام 1599.[45] وقد ذكر دو لورينز أن الكآبة هي «حالة من البرودة والجفاف في درجة حرارة الدماغ» التي لا يمكن أن تنجم عن «تكوين الجسم» بل عن «أسلوب حياة» المرضى، والمساعي التي هم مهتمون بها. قسم دو لورينز الذهن إلى ثلاثة أجزاء: العقل والخيال والذاكرة. وخلص إلى أن الكآبة تؤثر في المقام الأول على الخيال، وتترك عقل الشخص الكئيب سليمًا. وهذا يعني، بحسب الكنيسة، أن الفرد الكئيب لا يُحرَم من إنسانيته وروحه العقلانية الخالدة، وبالتالي لا يلعنه الله. كما أدرك دو لورينز أن الكآبة يمكن أن تختلف في شدتها، وميز بين أولئك الذين لديهم «طباع كئيبة وظلوا ضمن حدود الصحة» وأولئك الذين ليسوا كذلك. ومثل معظم الكُتاب الآخرين حول هذا الموضوع، فإن كتابه مليء بالقصص والحكايات، منها على سبيل المثال حالة رجل نبيل من سينوي قرر عدم التبول، خوفًا من أن يؤدي ذلك إلى غرق مدينته بأكملها. كان هذا الرجل غارقًا في القلق الاكتئابي، وميول تدمير الذات، وكان يسبب ضررًا لمثانته. في نهاية المطاف، وضع أطباؤه خطة لمساعدته من خلال خلق سيناريو أشعلوا وفقه حريقًا في المنزل المجاور، وأقنعوا الرجل بأن المدينة تحترق وأنه لا يمكن إنقاذها إلا من خلال أن يتبول ليُطفئ الحريق، وهكذا تجاوز قلقه.

ربما يكون دو لورينز معروفًا بفكرته المعقدة المتمثلة في أن الناس يرون إلى الوراء؛ أي أن أعينهم تنقلب إلى الداخل وتنظر إلى أدمغتهم. ولم يوضح ما هي الظاهرة غير العادية

التي قد يلاحظها الشخص المبتهج عندما ينظر إلى دماغه. ومع ذلك، فهو يقول إنه عندما يكون دماغ الشخص الكئيب مُشبعًا بالعصارة السوداء، فإن أعينه، عندما تنقلب إلى الخلف، ترى الظلام في كل مكان. «إن الأرواح والأبخرة السوداء تمر باستمرار عبر الأوتار والأوردة والشرايين من الدماغ إلى العين، فترى في الهواء ظلالًا كثيرة وأشباحًا غير حقيقية، فتنتقل أشكالها من العين إلى الخيال». ومن ثم تشتد التجارب غير السارة، حيث تظهر هذه الرؤى السوداء بشكل مستمر أمام العين، حتى عندما تكون مركزة على العالم الخارجي، مما يجعل الشخص الكئيب يرى «أشياء عديدة مثل النمل والذباب والشعر الطويل».

خلال تلك الفترة، أصبح من الشائع التمييز بين مشاعر الحزن والأسى الطبيعية والكآبة الشديدة من خلال النظر فيما إذا كان مقدار الحزن يتطابق مع مستوى الخسارة وملاحظة ما إذا كان بعض الأفراد قد تجاوزوا ذلك المقدار الطبيعي، وهذا المفهوم، الذي واصل سيجموند فرويد تطويره بعد ثلاثة قرون، لا يزال يُستَخدم في تشخيص الاكتئاب اليوم. كتب أحد الأطباء في أوائل القرن السابع عشر أن أحد المرضى قد ذهب إلى حد «عدم الاستمتاع بأي شيء»[46] بعد وفاة أحد المقربين له؛ ومريضة أخرى «باغتتها الكآبة ولم تعد تعرف كيف تعيش بعد وفاة والدتها منذ ثلاثة أشهر. إذ تظل دومًا تبكي وتبكي ولا تستطيع إتمام أي عمل». وكتب طبيب آخر أن السخط أو الحزن العادي «يُفسِح المجال أمام أكبر عدو للطبيعة، أي الكآبة». لذلك، أصبح يُنظر إلى الكآبة على أنها عاطفة عادية نُقلت إلى أقصى الحدود، بالإضافة إلى كونها حالة غير طبيعية، وسرعان ما أصبح هذا التعريف المزدوج تعريفًا معياريًّا.

بحلول نهاية القرن السادس عشر وطوال القرن السابع عشر، أصبحت الكآبة «العادية» بلاءً شائعًا يمكن أن يكون ممتعًا بقدر ما هو بغيض. وقد تردد صدى حجج فيسينو ونظرائه في إنجلترا بشكل متزايد في جميع أنحاء القارة. كتب كل من تيفينوس ليمنيوس في فولاند، وهوارتي ولويس ميركادو في إسبانيا، وجوان بابتيستا سيلفاتيكوس في ميلانو، وأندرياس دو لورينز في فرنسا عن الكآبة التي تجعل المرء أفضل وأكثر إلهامًا من نظرائه غير الكئيبين.[47] وبدا أن المفاهيم الأرسطية الرومانسية للكآبة تجتاح أوروبا، وأصبحت الكآبة موضة. ففي إيطاليا، حيث ربط فيسينو بشكل قاطع بين الكآبة والعبقرية، رأى كل أولئك الذين اعتقدوا أنهم عباقرة أنهم لا بد أن يكونوا كئيبين. وفي حين أن الأشخاص الأذكياء حقًّا قد يعانون الكآبة، فإن أولئك الذين يطمحون فقط إلى أن يُنظر إليهم على أنهم أذكياء غالبًا ما يتظاهرون بالكآبة. وفي فلورنسا، حيث عاش فيسينو، تشكَّل مجتمع من المثقفين المتبنين لآرائه. كان الإنجليز الذين سافروا إلى إيطاليا ورأوا هذه البيئة يعودون إلى ديارهم متفاخرين بالتطور الذي ظهر في سماتهم الكئيبة عند عودتهم، وبما أن الأثرياء فقط هم الذين يستطيعون تحمل تكاليف السفر، سرعان ما أصبحت الكآبة، في أعين الإنجليز، مرض الطبقة الأرستقراطية. وبحلول أواخر القرن السادس عشر، أصبحت الطبقة العليا الساخطة، التي تتميز بصفات مثل الأعين الداكنة، والحزن، والصمت، والشعث، والتهيج، والفزعة، والتقشف، نموذجًا اجتماعيًّا.

صُوِّر هذا النموذج الأصلي وسُخِر منه في الأدب في ذلك الوقت، وعلى الأخص في شخصية «جاك الكئيب» في مسرحية شكسبير «كما تحب».

إن استكشاف شكسبير العميق للكآبة، الذي تجلى بشكل ملحوظ في شخصيته هاملت، أدى إلى تغير كبير في فهم هذا الموضوع. إذ لم يتعامل أي مؤلف آخر مع هذه المسألة بمثل هذا التعاطف والتعقيد الممتزج بشكل وثيق بكلٍّ من الفرح والحزن. لقد أثبت أن الكآبة ليست مجرد جانب منعزل من جوانب الشخص ولكنها متشابكة بعمق مع كيانه بأكمله، تمامًا كما لا يمكن فصل الأشعة النيلية عن طيف الضوء الأبيض. ففي حين أن المنشور العاكس قد يكشف لفترة وجيزة عن هذه الأشعة المميزة، إلا أنه لا يغير الطبيعة الأساسية لضوء الشمس اليومي.

بحلول الوقت الذي أُدِّيت فيه مسرحية هاملت، أصبحت الكآبة تُعَد امتيازًا وليس مجرد مرض. ففي مسرحية تعود إلى منتصف القرن السابع عشر، يذكر مصفف شعر كئيب شعوره بالكآبة، فيتعرض للتوبيخ بشدة. حيث يُقال له إن كلمة «الكآبة» ليست كلمة مناسبة ليستخدمها الحلاق؛ فالكآبة مصطلح مخصص لرجال الحاشية فقط.[48] وفقًا لملاحظات أحد الأطباء في تلك الفترة، كان 40% من مرضاه الذين يعانون الكآبة يحملون ألقابًا ويحظون بمكانة اجتماعية مميزة[49]، على الرغم من حقيقة أن الكثير من ممارساته كانت مخصصة لرعاية المزارعين وزوجاتهم.[50] وكان ثلثا الأرستقراطيين الذين كانوا يأتون إليه يشكون من مزاجهم الكئيب؛ وكان هؤلاء الرجال والنساء على اطِّلاعٍ جيد، وكانوا يعبرون عن شكاواهم بناءً على المعرفة العلمية والموضة السائدة في ذلك الوقت. وكان أحد هؤلاء المرضى «يرغب في الحصول على شيء لتجنب الأبخرة المتصاعدة من الطحال». غالبًا ما تضمنت العلاجات خلطات تحتوي على مكونات مثل الخربق والقرنفل ومسحوق عرق السوس، وكلها مذابة في النبيذ الأبيض ونبات لسان الثور. وكان يُستعان بالمخططات الفلكية (للحصول على معلومات مستقلة ولتحديد توقيت العلاج)؛ وبالطبع، كانت الاستشارة الدينية عادة ما تعتبر فكرة جيدة.

تمامًا كما كان الحال في الأيام الأولى من ظهور بروزاك، عندما بدا الأمر وكأن الجميع مصابون بالاكتئاب، ويحاربون الاكتئاب، ويتحدثون عنه، شهد أوائل القرن السابع عشر تزايد تركيز الأفراد غير الكئيبين على مفهوم الكآبة. في كل من ثلاثينيات وتسعينيات القرن العشرين، أصبح معنى الكلمة المرتبطة بالمرض -الكآبة أم الاكتئاب- مشوشًا. عندما كان شعور الأسيديا خطيئة، فإن أولئك الذين كانوا مرضى لدرجة أنهم لم يتمكنوا من أداء وظائفهم، أو الذين يعانون القلق الوهمي، هم فقط من كانوا يعترفون بشكواهم. لكن عندما بدأ مصطلح الميلانخوليا أو الكآبة يشير أيضًا إلى العمق والعاطفة والتعقيد وحتى العبقرية، بدأ الناس في تبني سلوكيات اكتئابية دون أساس طبي؛ وسرعان ما اكتشفوا أنه على الرغم من أن الاكتئاب الحقيقي قد يكون مؤلمًا، فإن السلوك الاكتئابي قد يكون ممتعًا. لقد أخذوا يستلقون لساعات على الأرائك الطويلة، يحدقون إلى القمر، ويطرحون أسئلة وجودية، ويصرِّحون بالخوف من كل ما هو صعب، ويفشلون في الرد على الأسئلة المطروحة عليهم، ويواصلون التصرف تمامًا

بالطريقة نفسها التي كان من المفترض أن يمنعها شجب شعور الأسيديا. ومع ذلك، فهي الحالة نفسها التي نسميها الآن بالاكتئاب. لقد كانت هذه الكآبة مرضًا جديرًا بالثناء، وكان المرء يحللها باستمرار. نال أولئك الذين كانوا يعانون حقًّا الكآبة الشديدة التعاطف والاحترام، وأتاح لهم التقدم في الفهم الطبي والعلاج آفاقًا أفضل مما كانوا سيحصلون عليها في أي فترة منذ روما في عهد جالينوس. كانت تلك الحالة الذهنية الأنيقة هي ما يمكن تسميته بالكآبة البيضاء، التي كانت براقة أكثر من كونها قاتمة. وتصف قصيدة ميلتون التي تحمل عنوان «المفكر» فكرة القرن السابع عشر بشكل رائع:

مرحبًا بك أيتها الإلهة، الحكيمة والمقدسة
مرحبًا أيتها الكآبة الإلهية
ذات المظهر المقدس والمشرق للغاية
بحيث لا تراه أعين البشر

واحتفاء بالعزلة الرهبانية والكآبة والشيخوخة، يقول ميلتون:

اكتشف مكانًا هادئًا للعزلة
يساعدك على التدبر والتأمل
حتى الشيخوخة تجلب الحكمة
تجعلنا نشعر وكأننا نمتلك نوعًا من البصيرة النبوية
هذه هي المتع التي تقدمينها أيتها الكآبة
وسأختار أن أعيش معكِ

لقد شهد القرن السابع عشر أعظم بطل في تاريخ قضية الكآبة. ففي عمله الشامل «تشريح الكآبة»، الذي كرَّس له حياته بأكملها، جمع روبرت بيرتون مجموعة واسعة من الأفكار الفلسفية والطبية والأدبية.[51] يعد هذا الكتاب، الذي يعتبر العمل الأكثر مرجعية حول هذا الموضوع قبل كتاب «الحداد والكآبة» لفرويد، نصًّا متناقضًا مع نفسه وغير منظم بشكل جيد ولكنه عميق وثاقب للغاية. وقد كان يهدف فيه إلى التوفيق بين الأفكار الفلسفية لأرسطو وفيسينو، والشخصيات الموجودة في أعمال شكسبير، والمعرفة الطبية لأبقراط وجالينوس، والتأثيرات الدينية للكنيسة في العصور الوسطى وعصر النهضة، بالإضافة إلى تجارب بيرتون الخاصة

مع المرض والتأمل. إن قدرة بيرتون على تحديد الروابط الحقيقية بين الفلسفة والطب، وبين العلم والميتافيزيقا، وضعتنا على الطريق نحو نظرية موحدة للعقل والمادة. ومع ذلك، لا يمكن للمرء أن ينسب الفضل إلى بيرتون في التوفيق بين وجهات النظر المتضاربة بقدر ما ينسب إليه الفضل في التسامح مع تناقضاتها؛ فقد كان معروفًا بتقديم تفسيرات متعددة ومختلفة لظاهرة واحدة دون الإشارة إلى أنها قد تكون نتيجة لأسباب متعددة. بالنسبة إلى القارئ المعاصر، يبدو هذا غريبًا أحيانًا؛ لكن القارئ نفسه، الذي يفحص النصوص الصادرة مؤخرًا عن المعهد الوطني للصحة النفسية، سيكتشف أن شكاوى الاكتئاب غالبًا ما تكون معقدة وتتأثر بعوامل متعددة. إن الاكتئاب ظاهرة تنتج عن عوامل مساهمة مختلفة، وفي أي فرد، قد تنبع مجموعة محددة من الأعراض من واحد أو أكثر من هذه العوامل المسببة.

توصل بيرتون إلى تفسير مادي للكآبة: «جسمنا يشبه الساعة، إذا تأثر ترس واحد، تتعطل بقية التروس، وتتوقف المنظومة بأكملها». وهو يعترف بأنه «مثلما أشار الفلاسفة إلى ثماني درجات من الحرارة والبرودة، يمكننا أن نجعل من الكآبة 88 درجة، لأن الأشخاص الذين يتأثرون بها يتأثرون على نحو مختلف، ويمكن أن تتباين درجة انغماسهم في هذه الهوة الجهنمية». يعترف بيرتون بتعقيد هذه الحالة، مشيرًا إلى أنها متنوعة مثل شخصية بروتيوس ومراوغة مثل محاولة تحديد حركة دبوس في الهواء. وهو يميز بين أنواع مختلفة من الكآبة، بما في ذلك «كآبة الرأس»، و«كآبة الجسم كله»، والكآبة التي تنشأ من الأمعاء أو الكبد أو الطحال أو الغشاء. كما يصنف هذه الأنواع ويقسمها إلى أقسام فرعية، مما يخلق إطارًا شاملًا لفهم هذه الحالة.

ويميز بيرتون الكآبة عن مجرد «الملل، والحزن، والتبلد، والغضب، والانعزال، والاستياء». ويقول إن مثل هذه الصفات يمكن أن تظهر في حياة أي شخص ولا ينبغي أن تؤخذ في حد ذاتها كدليل على الاضطراب. وهو يستشهد بكتاب الصلاة المشتركة للتأكيد على أن حياة الإنسان مليئة بالمتاعب والصعوبات بطبيعتها، لكن هذا لا يعني أن الجميع كئيبون. يقترح بيرتون أنه من السخف والحماقة أن نتوقع حالة مستمرة من السعادة في الحياة. وينصح من لا يستطيع تحمل تحديات الحياة أن يرحل لأن الطريقة الوحيدة للتعامل مع هذه الصعوبات هي التسلح بالشجاعة ومواجهتها وتنمية المرونة لتحمل الابتلاءات.

لا يمكنك العيش في العالم إلا إذا كنت تستطيع تحمل المِحن والشدائد، وتأتي المِحن إلينا جميعًا؛ لكنها يمكن أن تخرج عن نطاق السيطرة بسهولة. ففي حين أن السعال البسيط أمر محتمل، فإن «السعال المستمر يسبب إجهاد الرئتين؛ وكذلك تفعل هذه الاستفزازات الكئيبة لدينا». يقدم بيرتون الفكرة الحديثة القائلة بأن كل شخص لديه قدرة مختلفة على تحمل الصدمات، والتفاعل بين مقدار الصدمة ومرونة الشخص هو الذي يحدد ما إذا كان سيصاب بالكآبة. «لأن ما هو مجرد لدغة برغوث لأحدهم، يسبب عذابًا لا يطاق للآخر. عندما يواجه شخص يتمتع بتوازن عاطفي قوي مشكلة ما، يمكنه التعامل معها بشكل جيد والمضي قدمًا.

لكن بالنسبة إلى شخص لديه مرونة عاطفية أقل، فحتى المشكلة البسيطة من قبيل الإهانة أو الخسارة الطفيفة أو الألم البسيط أو حتى سوء الفهم يمكن أن تكون ساحقة. تتغير بشرة هذا الشخص، وتضطرب عملية الهضم لديه، ويتأثر نومه، وتصبح روحه قاتمة، ويشعر بثقل قلبه، ويستسلم في النهاية للكآبة». وكما هو الحال مع الرجل المسجون بسبب الديون، بمجرد دخوله السجن، سيلاحقه كل دائن ومن المرجح أن يبقيه هناك، كذلك يكون حال الكئيب، فإذا شعر بأي شكل من أشكال الاضطراب، فسوف تتبعه اضطرابات أخرى بسرعة، وهذا يتسبب في تدهور حالته. يلخص بيرتون تجربة القلق أيضًا، ويدرجها بشكل صحيح في وصفه للاكتئاب: «في النهار، يظل المكتئبون خائفين من بعض الأشياء الرهيبة في نظرهم، ويتمزقون إربًا بسبب الشك، والخوف، والحزن، والنزاعات، والعار، والألم، وما إلى ذلك، مثل العديد من الخيول البرية، بحيث لا يستطيعون أن يبقوا هادئين ولو لساعة واحدة».

يصف بيرتون الأشخاص الذين يعانون الكآبة بأنهم «عديمو الثقة، خبيثون، طماعون، متذمرون، ساخطون، و«يميلون إلى الانتقام»». لكنه يكتب أيضًا أن «الكئيبين هم الأكثر ذكاءً، وشخصيتهم الكئيبة تُسبب في كثير من الأحيان نشوة إلهية، ونوعًا من الحماس... مما يجعلهم فلاسفة وشعراء وأنبياء ممتازين». وهو يذعن للرقابة في عصره من خلال معالجة القضايا الدينية المتعلقة بالمرض بطريقة لبقة؛ لكنه يؤكد أيضًا أن الحماس الديني المفرط يمكن أن يكون علامة على الكآبة أو يمكن أن يولد يأسًا مجنونًا. علاوة على ذلك، يؤكد أن الأفراد الذين يشعرون بالحزن ويعتقدون أنهم تلقوا أوامر مرعبة من الله، ويعتبرون أنفسهم غير مناسبين لها، من المرجح أن يعانوا أوهامًا ناجمة عن الكآبة. ويخلص إلى أن الكآبة حالة تؤثر على الجسد والروح. ومع ذلك، فهو، مثل دو لورينز، يمتنع عن الإشارة ضمنًا إلى أي فقدان للعقل، لأن هذا من شأنه أن يجرد الأفراد المتضررين من بشريتهم ويحولهم إلى حيوانات. وبدلًا من ذلك، يقترح أنها نقص في الخيال وليس ضعفًا مباشرًا في عقلانيتهم.

يصنف بيرتون العلاجات المتاحة للاكتئاب خلال فترة وجوده. وهو يميز بين الأساليب غير القانونية، التي تنطوي على السحر والتعاويذ والشعوذة وما شابه ذلك، التي غالبًا ما ترتبط بالشيطان أو السحرة، والعلاجات القانونية، التي يرى أنها تنشأ إما بشكل مباشر من الله وإما بشكل غير مباشر من خلال الطبيعة، التي تنطوي على الطبيب والمريض وأدوية محددة.

بينما يستكشف بيرتون العديد من خيارات العلاج، يؤكد في النهاية على أن النهج الأكثر أهمية هو معالجة الاضطرابات العاطفية والعقلية بشكل مباشر. وهو يقترح الانفتاح على الأصدقاء والبحث عن صحبة جيدة وأنشطة مبهجة مثل الموسيقى. بالإضافة إلى ذلك، ينصح باستخدام علاجات طبيعية مختلفة، مثل القطيفة، والهندباء، والصفصاف، والطرفاء، والورد، والبنفسج، والتفاح، والنبيذ، والتبغ، وشراب الخشخاش، والينسون، وعشبة القديس يوحنا، وبخاصة إذا جُمِع يوم الجمعة في ساعة كوكب المشتري. وأخيرًا، ينصح بارتداء خاتم مصنوع من مقدمة القدم اليمنى لحمار كجزء من العلاج.

يتناول بيرتون أيضًا مشكلة الانتحار الصعبة. وبينما كانت الكآبة رائجة في أواخر القرن السادس عشر، كان الانتحار محرمًا ومحظورًا بموجب القانون والكنيسة، وتعزز هذا الحظر بِفعل العقوبات الاقتصادية. فإذا انتحر رجل في إنجلترا في هذا الوقت، كان على عائلته أن تتخلى عن جميع ممتلكاته، بما في ذلك المحاريث والمجارف والبضائع وغيرها من المواد الضرورية لأي نوع من الحياة الاقتصادية. رثى طحان من بلدة صغيرة في إنجلترا نفسه وهو على فراش الموت، بعد أن أصاب نفسه بجرح مميت قائلًا: «لقد خسرت ممتلكاتي، وستتسول زوجتي وأولادي». يعترف بيرتون بالآثار الدينية للانتحار بينما يتوخى الحذر من الرقابة في عصره. ويتساءل عما إذا كان يجوز، في حالة الكآبة الشديدة، أن يؤذي الإنسان نفسه. يقول: «في خضم هذه الأيام المؤلمة والقبيحة، يسعون أخيرًا، دون أن يجدوا أي راحة أو علاج في هذه الحياة البائسة، إلى أن يريحهم الموت من كل شيء... وأن يكونوا جلّادي أنفسهم، ويعدموا أنفسهم». وهذا أمر لافت للنظر لأنه قبل عمل بيرتون، كانت مناقشة الاكتئاب منفصلة إلى حد كبير عن الجريمة الدينية المتمثلة في إبادة الذات؛ وفي الواقع، يبدو أن كلمة انتحار قد صيغَت بعد وقت قصير من نشر كتاب بيرتون الرائع. يتضمن الكتاب قصص أولئك الذين أنهوا حياتهم لأسباب سياسية أو أخلاقية، الذين اختاروا ذلك بدوافع حكيمة وليس بسبب المرض. ثم ينتقل بعد ذلك إلى انتحار الأشخاص غير العقلانيين، وبالتالي جمع هذين الأمرين، اللذين كانا يعتبران محظورين سابقًا، وناقشهما معًا كموضوع واحد وهو الانتحار.

ويصف بيرتون سلسلة من الأوهام الناتجة عن الكآبة: حيث ظن أحد الرجال أنه محار، وظن آخر أنه مصنوع من زجاج، وبالتالي لم يسمح لأي إنسان أن يقترب منه؛ وظن آخر أنه من الفلين، خفيف مثل الريش، وآخر أنه ثقيل مثل الرصاص، ويخشى أن يسقط رأسه من فوق كتفيه، وآخر أن لديه ضفادع في بطنه، وآخر لا يجرؤ على عبور الجسر، أو الاقتراب من بركة، أو صخرة، أو تل شديد الانحدار، أو الاستلقاء في غرفة بها عوارض متقاطعة، خوفًا من إغراء الشنق، أو الغرق، أو السقوط. كانت هذه الأوهام من سمات الكآبة في ذلك الوقت، وتكثر رواياتها في الأدبيات الطبية والعامة. لقد اعتقد الكاتب الهولندي كاسبار بارلايوس، في مراحل مختلفة من حياته، أنه مصنوع من الزجاج وأنه مصنوع من القش، الذي قد يشتعل في أي لحظة. كتب سرفانتس رواية قصيرة تحت عنوان «الخريج الزجاجي» تتحدث عن رجل يعتقد أنه مصنوع من الزجاج. في الواقع، كان ذلك الوهم شائعًا جدًّا لدرجة أن بعض الأطباء في ذلك الوقت أشاروا إليه ببساطة باسم «الوهم الزجاجي». لقد حدث كظاهرة في الأدب الشعبي لكل دولة غربية في هذا الوقت تقريبًا. وكان عدد من الهولنديين مقتنعين بأن لديهم أردافًا زجاجية وحاولوا جاهدين تجنب الجلوس خشية أن ينكسروا. وأصر أحدهم على أنه لا يستطيع السفر إلا بعد وضعه في صندوق من القش. وكتب كازانوفا وصفًا طويلًا لأحد الخبازين الذي اعتقد أنه مصنوع من الزبدة وكان خائفًا من الذوبان، وأصر على أن يكون دائمًا عاريًا تمامًا ومغطى بأوراق الشجر لإبقائه باردًا.[52]

ولَّدت هذه الأوهام أنماطًا من السلوك الكئيب، فقد جعلت الناس يخافون من الظروف العادية، ويعيشون في خوف دائم، ويقاومون أي تواصل بشري. ويبدو أن أولئك الذين عانوها كانوا يعانون دائمًا الأعراض المعتادة التي نربطها بالاكتئاب اليوم من قبيل: الحزن غير المبرر، والإرهاق المستمر، وانعدام الشهية، وما إلى ذلك. هذا الميل إلى الوهم، الذي كان موجودًا إلى حد ما في فترات سابقة (يروي البابا بيوس الثاني أن شارل السادس ملك فرنسا، الملقب بـ «الأحمق»، كان يعتقد بالفعل في القرن الرابع عشر أنه مصنوع من الزجاج وله أضلاع حديدية مخيطة في ملابسه حتى لا ينكسر إذا سقط؛ وعلى هذا المنوال، سجل روفوس الأوهام القديمة) وبلغ ذروته في القرن السابع عشر، ليس غريبًا اليوم. فهناك تقارير حديثة عن امرأة هولندية مكتئبة اعتقدت أن ذراعيها مصنوعتان من الزجاج وأنها لن ترتدي ملابسها خشية أن تنكسر، وكثيرًا ما يسمع المرضى الذين يعانون حالات الفصام العاطفي أصواتًا ويرون رؤى؛ ويراود المصابين بالوسواس القهري مخاوفُ غير عقلانية بالقدر نفسه، مثل الرعب من النجاسة. كل هؤلاء الأفراد الذين يعانون الأوهام في القرن السابع عشر كانوا يُظهرون في الأساس جنون العظمة، والمخاوف من المؤامرات، والاعتقاد بأن تحديات الحياة العادية كانت تفوق قدرتهم، وكلها سمات نموذجية للاكتئاب الحديث.

أستطيع أن أتذكر، في أثناء فترة اكتئابي، عدم قدرتي على القيام بالأشياء العادية. «لا أستطيع الجلوس في صالة السينما»، هكذا قلت في إحدى المراحل عندما حاول شخص ما أن يبهجني بدعوتي لمشاهدة فيلم. وقلت لاحقًا: «لا أستطيع الخروج». لم يكن لدي سبب محدد لهذه المشاعر، ولم أكن أتوقع أن أذوب في السينما أو أن أتحول إلى حجر بفعل النسيم في الخارج، وكنت أعرف من حيث المبدأ أنه لا يوجد سبب يمنعني من الخروج؛ لكنني كنت أعلم أنني لا أستطيع القيام بذلك بكل تأكيد كما أعلم الآن أنني لا أستطيع القفز على أعلى المباني الشاهقة في قفزة واحدة. كان يمكنني إلقاء اللوم على السيروتونين الخاص بي (وقد فعلت). لا أعتقد أنه كان هناك أي تفسير مقنع لاتخاذ أوهام الاكتئاب هذا الشكل الملموس في القرن السابع عشر، ولكن يبدو أنه قبل ظهور التفسيرات والعلاجات العلمية للاكتئاب، ابتكر الناس وسائل تفسيرية لمخاوفهم. فقط في مجتمع أكثر نضجًا يمكن للمرء أن يخاف من أن يُلمس أو يقف أو يجلس دون تحويل هذا الخوف إلى اعتقاد بوجود هيكل عظمي زجاجي؛ وفقط في سياق متطور قد يشعر المرء بخوف غير عقلاني من الحرارة دون وصفه صراحة بأنه خوف من الذوبان. هذه الأوهام، التي قد تبدو محيرة للباحثين والأطباء المعاصرين، تصبح أكثر قابلية للفهم عند النظر إليها في سياقها التاريخي.

كان رينيه ديكارت هو التحول العظيم في طب القرن السابع عشر، على الأقل من وجهة النظر الفلسفية.[53] على الرغم من أن نموذجه الآلي للوعي لم يكن بعيدًا عن التقليد الأوجسطيني الذي يُقسم الإنسان لروح وجسد، فإنه كان له تداعيات محددة على الطب، وبخاصة علاج الأمراض النفسية. ركَّز ديكارت بشكل كبير على تأثير العقل على الجسد والعكس، ووصف

في كتابه «عواطف الروح» كيف يمكن لحالة العقل أن تؤثر على الجسد على الفور، لكن أتباعه كانوا يميلون إلى افتراض وجود انقسامٍ تام بين العقل والجسد. في الواقع، أصبحت البيولوجيا الديكارتية هي المهيمنة على التفكير؛ وتلك البيولوجيا كانت مُخطئة إلى حدٍّ كبير. لقد أثَّرت تلك البيولوجيا الديكارتية بشكل كبير على مصير المكتئبين. إن الانقسام الذي لا نهاية له حول ماهية الجسد العقل -سواء كان الاكتئاب هو «خلل في التوازن الكيميائي» أو «ضعف بشري»- هو إرثنا من ديكارت. ولم نبدأ في حل هذا التشوش إلا في السنوات الأخيرة. ولكن كيف اكتسبت البيولوجيا الديكارتية مثل هذه القوة؟ فعلى حد تعبير أحد علماء النفس في جامعة لندن: «من خلال تجربتي، لا يوجد جسد، ولا عقل، ولا مشكلة».

نشر توماس ويليس، الذي يعمل على إثبات ارتباط العقل بالجسد، في منتصف القرن عمله الذي يحمل عنوان «خطابان يتعلقان بروح الحيوانات»، الذي طرح فيه أول نظرية كيميائية متماسكة عن الكآبة، وهي نظرية لم تكن متوقفة على النظريات الخلطية القديمة للعصارة السوداء أو الطحال أو الكبد. اعتقد ويليس أن «الشعلة الحيوية» في الدم تنجم عن مواد مثل «الأطعمة الغنية بالكبريت» و«الهواء النتروجيني».[54] وكان المخ والأعصاب مسؤولين عن تركيز هذه المواد لتسهيل الإحساس والحركة. في نظره، كانت الروح ظاهرة جسدية، مرتبطة ارتباطًا وثيقًا بالحالة الجسدية. اعتقد ويليس أن هناك مجموعة متنوعة من الظروف يمكن أن تجعل الدم مالحًا وبالتالي تحد من قوته النارية وحيويته، الأمر الذي من شأنه أن يؤدي إلى ظلام الدماغ والكآبة. واعتقد ويليس أن ملوحة الدم هذه يمكن أن تكون ناجمة عن جميع أنواع الظروف الخارجية بما في ذلك الطقس والتفكير المفرط وعدم ممارسة الرياضة بشكل كافٍ. حيث يركز دماغ الشخص الكئيب على مشاهد الظلام ويدمجها في شخصيته. «ومن ثم، عندما تكون الشعلة الحيوية صغيرة جدًّا وواهنة، لدرجة أنها تهتز وترتعد عند كل حركة، فلا عجب إذا كان الشخص الكئيب يبدو بعقل مظلم وحزين وخائف دومًا». إن تأثير هذا النوع من المشكلات، إذا استمر، سيكون بمنزلة تحول عضوي في الدماغ. إذ يمكن للدم الكئيب أن يخلق «قنوات جديدة» في الأعضاء المجاورة، في حين أن «الطبيعة الحمضية للأرواح» و«الشوائب الكئيبة» من شأنها أن تغير بنية الدماغ. ونتيجة لذلك، لن تتبع الأرواح مساراتها الأصلية، وبدلًا من ذلك ستخلق مساحات جديدة مجهولة. وفي حين أن أصول هذا المبدأ قد تكون غير واضحة ومشوشة، فقد أكد العلم الحديث أن الاكتئاب المستمر يمكن أن يغير الدماغ بالفعل، ويخلق «مساحات مجهولة» داخله.

شهدت نهاية القرن السابع عشر وبداية القرن الثامن عشر خطوات هائلة في مجال العلوم. خضع مفهوم الكآبة لتحولات كبيرة نتيجة للنظريات الجديدة حول الجسد، التي جلبت معها سلسلة من النظريات الجديدة حول بيولوجيا العقل واختلالاته. اقترح نيكولاس روبنسون نموذجًا ليفيًّا للجسم، وفي عام 1729، قال إن الاكتئاب سببه فشل مرونة الألياف.[55] وأعرب عن شكوكه بشأن ما نسميه الآن بالعلاجات بالكلام قائلًا إن «محاولة تغيير الحالة العقلية

لشخص ما من خلال الإقناع اللفظي هي محاولة عديمة الجدوى بقدر محاولة التخلص من حمى شديدة عن طريق الكلام، بغض النظر عن مدى بلاغته». كان هذا يُعَد بداية التحول بعيدًا عن اعتبار الشخص الكئيب فردًا يمكن أن تساهم قدرته على التعبير عن مشاعره في شفائه.

في عام 1742، تابع هيرمان بورهافا هذه الفكرة وتوصل إلى ما يسمى بالنموذج الميكانيكي، الذي بموجبه يمكن تفسير جميع وظائف الجسم من خلال نظرية الهيدروليكا؛ لقد تعامل مع الجسد «كآلة حية ومتحركة».[56] افترض بورهافا أن الدماغ عبارة عن غدة، وأن العصارة العصبية الصادرة من هذه الغدة تنتقل عبر الدم. يتكون الدم من العديد من المواد المختلفة المخلوطة معًا، وعندما يختل التوازن تظهر المشكلات. يحدث الاكتئاب عندما تتراكم المواد الزيتية والدهنية في الدم ويقل إنتاج العصارات العصبية. في ظل هذه الظروف يتوقف الدم عن الدوران في الأماكن الصحيحة. جادل بورهافا بأن السبب في ذلك كان في كثير من الأحيان أن المرء قد استهلك الكثير من العصارة العصبية في التفكير (وهو الأمر الذي كان مرهقًا)؛ وكان الحل هو التفكير أقل والتصرف أكثر، وبالتالي تحقيق توازن أفضل لمكونات الدم. مثل ويليس، كان بورهافا على حق في شيء ما: فانخفاض تدفق الدم إلى مناطق معينة من الدماغ قد يؤدي إلى الاكتئاب أو الوهم.[57] وغالبًا ما يعتمد ظهور الاكتئاب لدى كبار السن على فشل وصول الدم بشكل صحيح إلى الدماغ، حيث تصبح مناطق معينة سميكة (كما لو كانت متخثرة) ولا تمتص غذاء الدم.

كل هذه التطورات النظرية ساهمت في تجريد البشر من بشريتهم. صدم جوليان أوفراي دي لا ميتري، أحد أبطال بورهافا العظماء[58]، الكنيسة عندما نشر كتابه «آلة الإنسان» في عام 1747؛ وطُرد من البلاط الفرنسي وذهب إلى لايدن، ليُطرد منها ويموت في الثانية والأربعين من عمره في برلين النائية. لقد اقترح أن الإنسان ليس أكثر من مجموعة من المواد الكيميائية التي تعمل بشكل ميكانيكي. أكد دي لا ميتري أن المادة الحية هي بطبيعتها سريعة الانفعال، وأن كل الأفعال تشتق من تهيجها. «إن الانفعال هو مصدر كل مشاعرنا، وكل متعتنا، وكل شغفنا، وكل أفكارنا».كان هذا المنظور متجذرًا في مفهوم الطبيعة البشرية الذي أعطى الأولوية للانتظام، واعتبر الاضطرابات مثل الاكتئاب بمنزلة خلل في الآلة البشرية المعقدة بدلًا من كونه أحد المكونات الأساسية لها.[59]

ومن هذه النقطة، كان من السهل النظر إلى الكآبة باعتبارها جانبًا من جوانب المشكلة العامة للمرض النفسي. كان فريدريش هوفمان أول من اقترح بشكل متماسك وقوي ما سيصبح النظرية الوراثية. يقول: «الجنون مرض وراثي يمكن أن يستمر طوال حياة الإنسان، مع فترات طويلة في بعض الأحيان يبدو فيها المريض عاقلًا تمامًا، تليها تكرارات منتظمة للنوبات».[60] وبينما اقترح هوفمان بعض العلاجات النموذجية للكآبة، فقد اقترح أيضًا بشكل ساحر أن «العلاج الأكثر فاعلية للجنون الناجم عن الحب لدى الشابات هو الزواج».

تطورت التفسيرات العلمية للجسد والعقل بوتيرة متسارعة إلى حد كبير طوال القرن الثامن عشر. ولكن في عصر العقل، كان أولئك الذين لا يملكون عقلًا يعانون حرمانًا اجتماعيًّا شديدًا، وبينما حقق العلم قفزات كبيرة إلى الأمام، حقق الوضع الاجتماعي للمكتئبين قفزات كبيرة إلى الوراء. قال سبينوزا في نهاية القرن السابع عشر، مُبشرًا بانتصار العقل، إن «العاطفة أصبحت تحت سيطرتنا أكثر، وبات للعقل سلطة عليها، بقدر ما أصبح معروفًا لنا أكثر»، وأن «كل شخص لديه القدرة على فهم نفسه وعواطفه بشكل واضح، بحيث يصبح أقل خضوعًا لمشاعره المتقلبة».[61] لذا تحوَّل تصور الفرد الكئيب من شخص ممسوس شيطانيًّا إلى شخص يفتقر للانضباط الذاتي الذي يُمكِّنه من الحفاظ على الصحة النفسية. بصرف النظر عن زمن محاكم التفتيش، ربما كان القرن الثامن عشر هو أسوأ الأوقات في التاريخ بالنسبة إلى من عانوا اضطرابًا نفسيًّا أو عقليًّا. بينما كان بورهافا ودي لا ميتري ينظِّران، كان المرضى النفسيون، بمجرد تصنيفهم على هذا النحو من قبل أقاربهم، يعاملون كما لو كانوا عينات مختبرية أو حيوانات برية أتت حديثًا من الغابة وبحاجة إلى ترويض. كان القرن الثامن عشر مهووسًا بالأخلاق والأعراف، ومعاديًا لأولئك الذين لم يمتثلوا لها، وساهم الانبهار بالمجهول والغريب، الذي غالبًا ما يرتبط بالمواجهات الاستعمارية، في سوء معاملة المصابين باضطرابات نفسية، وفُرِضت عقوبات شديدة على أولئك الذين بدا أن سلوكهم الخاطئ يهدد التقاليد، بغض النظر عن طبقتهم أو جنسيتهم. فُصِل هؤلاء الأفراد عادةً عن المجتمع السائد ووضعهم في مؤسسات مثل مستشفى بيدلام للطب النفسي Bedlam في إنجلترا أو مستشفى بيسيستر Bicetre في فرنسا، وهي الأماكن التي من شأنها أن تدفع الأشخاص الأكثر عقلانية إلى الجنون.[62] وعلى الرغم من وجود مثل هذه المؤسسات منذ فترة طويلة -تأسست مستشفى بيدلام عام 1247 وأصبحت موطنًا للمجانين الفقراء بحلول عام 1547- فإنها برزت بشكل كامل خلال القرن الثامن عشر. كان مفهوم «العقل» يتمحور حول الإجماع والانسجام الطبيعي بين البشر، وكان مفهومًا امتثاليًّا. كان دمج الحالات العقلية والنفسية الشديدة في النظام الاجتماعي يتعارض بشكل أساسي مع مفهوم العقل هذا، حيث كان يُنظر إلى تلك الحالات العقلية المتطرفة على أنها خارج حدود النطاق المقبول. في القرن الثامن عشر، كان المرضى العقليون والنفسيون غرباء بلا حقوق أو مناصب. وكان المتوهمون والمكتئبون مقيدين اجتماعيًّا لدرجة أن ويليام بليك اشتكى قائلًا: «الأشباح ليست قانونية».[63]

من بين المرضى العقليين والنفسيين، كان لدى أولئك الذين يعانون الاكتئاب ميزة طفيفة تتمثل في أنهم كانوا أكثر طاعة نسبيًّا ويواجهون سوء معاملة أقل فظاعة مقارنةً بمرضى الهوس والفصام. رفض المجتمع فكرة أن المصابين باضطرابات نفسية حادة يمكن أن يتعافوا من حالتهم. وبمجرد اعتبارهم مجانين، كانوا يُرسلون إلى مستشفيات الأمراض العقلية، وكانت فرص عودتهم إلى حالة العقل غير محتملة إلا بقدر احتمالية امتلاك وحيد القرن لعقل.[64] قال كبير الأطباء في مستشفى بيدلام، الدكتور جون مونرو، إن الكآبة كانت

مستعصية على الحل وإن «علاج الاضطراب يعتمد على محاولة تهدئته فقط».[65] غالبًا ما كان أولئك الذين يعانون أشكالًا حادة من الكآبة يتعرضون لعلاجات مرعبة. حتى إن بورهافا الشهير اقترح التسبب في ألم جسدي للمرضى لصرف انتباههم عن آلامهم النفسية. وغالبًا ما كان يتعرض الأفراد الكئيبون إلى الإغراق في المياه، وصُمِّمت أجهزة ميكانيكية معقدة لجعلهم يفقدون وعيهم ويتقيؤون بالتناوب.[66]

أولئك الذين كانوا يعانون اكتئابًا أكثر اعتدالًا، ولكن لا يزال شديدًا، غالبًا ما كانوا يعيشون في الخفاء بسبب حالتهم. كتب جيمس بوزويل مطولًا لأصدقائه عن تجاربه مع الاكتئاب. وهكذا فعل بعده الشاعر ويليام كوبر. وتعطي رواياتهم إحساسًا بالمعاناة الشديدة المرتبطة بالاكتئاب طوال هذه الفترة. كتب بوزويل في عام 1763: «أشعر أنني مستسلم لتلك الحالة تمامًا، وعقلي مملوء بالأفكار المظلمة وهجرتني قدرتي على التفكير العقلاني. أركض في الشوارع مذعورًا بينما أبكي وأئن. يا إلهي.. ما ذلك الذي تحملته.. كم أنا بائس. ليس لدي أي دافع لأي شيء وأعتبر كل شيء عديم القيمة».[67] وفي وقت لاحق من العام نفسه، كتب إلى صديق آخر، موضحًا كيف غمره حزن عميق. «رأيت نفسي عجوزًا، وبائسًا، ومنعزلًا، ومبتلى بأفكار مرعبة. كانت نظرتي إلى الحياة متشائمة، يكتنفها الظلام والبؤس». شرع بوزويل في كتابة عشرة أسطر يوميًّا موجهة إلى نفسه ووجد أنه من خلال وصف ما كان يمر به في أثناء اكتئابه، يمكنه الحفاظ على قدر من العقلانية، على الرغم من أن كتاباته غالبًا ما تضمنت علامات حذف، مما يشير إلى صراعه مع هذه الحالة.

كان صموئيل جونسون، الذي سجل بوزويل حياته، يعاني أيضًا اكتئابًا حادًّا، وبالفعل فإن تجربتهما المشتركة مع الاكتئاب ربطت بينهما لبعض الوقت. أكد جونسون أن كتاب بيرتون «تشريح الكآبة» كان الكتاب الوحيد الذي جعله يستيقظ «قبل ساعتين من الموعد الذي يرغب في الاستيقاظ فيه».[68] كان جونسون دائمًا واعيًا بمسألة الفناء ويخشى إضاعة الوقت (على الرغم من أنه في أحلك حالات الاكتئاب التي عاشها ظل غير منتج لفترات طويلة). كتب جونسون: «ذلك الكلب الأسود، أتمنى أن أقاومه دائمًا، على الرغم من أنني محروم تقريبًا من كل أولئك الذين كانوا يساعدونني. عندما أستيقظ، أتناول إفطاري وحيدًا، وأجد ذلك الكلب الأسود ينتظر ليشاركني فيه، ومن الإفطار إلى العشاء يواصل النباح». وكما قال له بوزويل ذات مرة، في إشارة إلى كلمات درايدن، «في حين أن «الكآبة» -شأن «الذكاء العظيم»- قد يكون لها بعض أوجه التشابه مع «الجنون»، إلا أنني أعتقد أن هناك تمييزًا واضحًا بينهما».

وقد عبَّر وليم كوبر عن حزنه شعريًّا، ولكنه ربما كان أكثر يأسًا من بوزويل. كتب كوبر إلى ابن عمه في عام 1772 يقول «سأحاول ألا أرد عليك بعبارات حزينة ويائسة، على الرغم من أن كل أوتار روحي تبدو مقطوعة».[69] وفي العام التالي أُصيب بانهيار شديد وظل عاجزًا تمامًا لبعض الوقت. خلال تلك الفترة كتب سلسلة مرعبة من القصائد، بما في ذلك قصيدة تنتهي بقول: «أنا الذي أُحاكَم في قبر جسدي، أنا المدفون فوق الأرض». لم يجد كوبر الكثير

من الخلاص في الكتابة؛ فلم يكن من المرجح لعشرة أسطر في اليوم أن تخفف من يأسه. في الواقع، على الرغم من أنه كان يعرف أنه شاعر عظيم، فإنه شَعر أن قدرته على استخدام الكلمات لا علاقة لها تقريبًا بتجربته مع الاكتئاب. في عام 1780، كتب إلى جون نيومان يقول: «أنا مؤتمن على ذلك السر الرهيب، ولكن ليس لدي القدرة على قوله لأحد. إنني أحمل ثقلًا لا يمكن أن تتحمله كتفاي، إلا إذا كانتا مدعومتين بقلب متصلب تمامًا مثل قلبي». في الوقت نفسه تقريبًا، كتب إدوارد يونج أيضًا عن ذلك «الغريب بداخله» وصوَّر العالم على أنه مكان مقفر، قائلًا: «هذه هي حالة العالم الكئيبة! لكن الأمر الأكثر كآبة هو أن هذا العالم هو انعكاس حقيقي للبشرية!»[70] وبالمثل، قال توبياس سموليت، «على مدى أربعة عشر عامًا، كنت أحمل مستشفى في داخلي وتفحصت حالتي دومًا بأقصى قدر من الاهتمام المؤلم».[71]

وكان وضع النساء صعبًا بشكل خاص. كتبت المركيزة دو ديفاند إلى صديق لها في إنجلترا: «لا يمكن أن يكون لديك أي تصور عما يعنيه التفكير دون أن يكون لديك أي هدف محدد تُفكر من أجله. أضف إلى ذلك ذوقًا لا يمكن إشباعه بسهولة وحبًّا كبيرًا للحقيقة، وأستطيع أن أؤكد لك حينها أنه سيكون من الأفضل ألا يولد المرء أبدًا».[72] وفي رسالة أخرى، كتبت باشمئزاز من نفسها: «أخبرني لماذا ما زلت أخشى الموت رغم أني أكره الحياة».

اعتقد الزاهدون البروتستانت في أواخر القرن الثامن عشر أن الاكتئاب سببه الانحطاط الاجتماعي، وكثيرًا ما أشاروا إلى ارتفاع معدلات هذه الحالة بين الطبقة الأرستقراطية التي تشعر بالحنين إلى الماضي. وما كان ذات يوم علامة على الرقي الأرستقراطي أصبح الآن علامة على الانحلال الأخلاقي والضعف، وكان الحل هو التخلص من التقاعس والرضا بالظروف القائمة. وجادل صموئيل جونسون بأن المشقة يمكن أن تمنع الكآبة، مشيرًا إلى أنه «في اسكتلندا، حيث لا يكون الناس عمومًا أثرياء أو مترفين، فإن الجنون نادر جدًّا».[73] ورأى جون براون أن «حياتنا المخنثة وغير الرجولية، جنبًا إلى جنب مع مناخ جزيرتنا، قد أدت إلى انخفاض الروح المعنوية والاضطرابات العصبية».[74] وجادل إدموند بيرك بأن «الكآبة واليأس، اللذين يؤديان في كثير من الأحيان إلى إيذاء النفس، كانا نتيجة للنظرة القاتمة، التي كانت نتيجة السبات الجسدي. واقترح أن أفضل علاج لجميع هذه الشرور هو ممارسة الرياضة أو العمل». وفي رواية «كانديد» لفولتير، تستمر شخصية كانديد في صراعها مع الاكتئاب، حتى بعد نجاته من العديد من المشكلات؛ وأخيرًا تسأله عشيقته المكتئبة: «أود أن أعرف ما هو الأسوأ: تحمل انتهاكات لا حصر لها من قِبل القراصنة الزنوج، ومواجهة قوات البلغار الوحشية، وتحمل الجَلد والتعذيب، وكل شيء آخر مررنا به، أم ببساطة نبقى هنا دون أن نفعل شيئًا؟»[75] وتُحَل المشكلة عندما يبدآن في الاعتناء بالحديقة، ويكون لأعمال البستنة تأثير إيجابي على مزاجهما. وعلى العكس من ذلك، كانت هناك أيضًا فكرة متداولة مفادها أن أسلوب حياة المجتمع الراقي قد يرفع الروح المعنوية، وكان يُعتقد أن الانخراط في حياة المدينة المزدحمة لمدة 365 يومًا في لندن، على النحو الذي وصفه هوراس والبول لأحد

الأصدقاء، يمكن أن يخفف من وطأة وثقل المرض الذي لم يتمكن أي علاج ريفي من علاجه.
(76)

وبحلول أواخر القرن الثامن عشر، بدأت النزعة الرومانسية في الظهور، وأصبح الناس يشعرون بخيبة الأمل إزاء جفاف العقل المحض. بدأت العقول تتحول نحو الجليل، الذي كان مذهلًا ومؤثرًا بعمق. توجه الناس نحو الاكتئاب مرة أخرى. ولم يعد يُنظَر إليه على أنه حماقة، بل كمصدر للبصيرة، وأصبح محبوبًا أكثر مما كان عليه منذ عصر فيسينو. جسَّد توماس جراي روح العصر الذي بات يعتبر الاكتئاب مرة أخرى منبعًا للحكمة وليس مجرد حماقة يتعين التخلص منها. أصبحت قصيدته «مرثية مكتوبة في باحة كنيسة ريفية» نصًّا كلاسيكيًّا يوضح الحكمة التي يمكن اكتسابها من خلال الحزن، التي تعلمنا أن «سبل المجد لا تؤدي في النهاية إلا إلى القبر». وبينما كان يحدق إلى ملاعب إيتون، قال[77]:

كل شخص يعاني مصاعبه الخاصة
وجميع الناس، بغض النظر عن مكانتهم
محكوم عليهم بالمعاناة
يشعر الأفراد المتعاطفون بمعاناة الآخرين
في حين أن أولئك الذين يفتقرون إلى التعاطف
لا يهتمون إلا بآلامهم
دعونا نتوقف هنا؛ في الحالات التي يجلب فيها الجهل السعادة
فمن الحماقة طلب الحكمة.

في عام 1794، أعرب إس تي كوليردج عن أن إرادته ضعفت بسبب تجربة غريبة وممتعة إلى حد ما أطلق عليها اسم «فرحة الحزن».[78] واعتقد إيمانويل كانط أن «الانفصال الكئيب عن صخب العالم بسبب الضجر هو أمر نبيل» وأن «الفضيلة الحقيقية، المرتكزة على المبادئ الأخلاقية، لها صلة بالحالة الذهنية الكئيبة».[79] كانت تلك هي النظرة التي يستقبل بها القرن التاسع عشر الاكتئاب.

قبل مغادرة القرن الثامن عشر، يجدر بنا أن ننظر إلى ما كان يحدث في مستعمرات أمريكا الشمالية، حيث كانت القوة الأخلاقية للبروتستانتية أقوى مما كانت عليه في أوروبا.[80] لقد أزعجت مشكلة الكآبة المستوطنين كثيرًا، وقد تكونت مدرسة فكرية أمريكية حول هذا الموضوع بعد وقت قصير من وصولهم إلى ماساتشوستس. بالطبع كان المستوطنون يميلون

إلى أن يكونوا محافظين مقارنة بنظرائهم في أوروبا. وبما أنهم يمثلون في كثير من الأحيان وجهات نظر دينية متطرفة من نوع أو آخر، فقد فضلوا التفسيرات الدينية للاكتئاب.[81] وفي الوقت نفسه، كان لديهم الكثير من الاكتئاب للتعامل معه؛ فقد واجهوا تحديات عديدة، بما في ذلك الظروف المعيشية القاسية، والأعراف الاجتماعية الصارمة، وارتفاع معدلات الوفيات، والعزلة العميقة. ولم تكن وصفات هوراس وابول متاحة لهم؛ لم يكن هناك الكثير من الترفيه أو المرح لرفع الروح المعنوية الكئيبة. كما أن شدة تركيزهم على الخلاص وطبيعته الغامضة دفعتهم إلى حافة الاضطراب العقلي لأن حياتهم كانت تدور بالكامل حول شيء غير مؤكد بطبيعته.

غالبًا ما كان الأفراد المكتئبون في هذه المجتمعات يُعتَبَرون تحت تأثير الشيطان، ويُعتقد أنهم يعانون بسبب إخفاقاتهم الأخلاقية أو إهمالهم لخلاص الله. كان كوتون ماذر أول من تناول هذه القضايا على نطاق واسع. وبينما كان لديه في السابق آراء أخلاقية متطرفة، فإن موقفه تغير وأصبح أكثر اعتدالًا عندما عانت زوجته ليديا اكتئابًا حادًّا شبَّهه بأحد أشكال الاستحواذ الشيطاني.[82] وعلى مدى السنوات التالية، كرَّس ماذر وقتًا وجهدًا كبيرًا لفهم قضية الكآبة وبدأ في تكوين نظرية تتضمن تفاعلًا معقدًا بين العوامل الإلهية والبيولوجية والطبيعية والخارقة للطبيعة.

وفي عام 1724، نشر ماذر كتاب «ملاك بيثيسدا»، وهو أول كتاب كُتب في أمريكا يتناول الاكتئاب. لقد ركز على العلاجات أكثر من التركيز على إسناد الحالة للمس الشيطاني وما إلى ذلك. «لا ينبغي لأصدقاء هؤلاء الأفراد المكتئبين أن يتعبوا بسهولة من الأعباء التي يتعين عليهم الآن تحملها بصبر. يجب عليهم أن يتحملوا بصبر ظروف هؤلاء الأشخاص الكئيبين وهراءهم وحماقتهم. يجب على الأقوياء منا أن يكونوا على استعداد لتحمل ضعف الضعفاء. يجب أن نُظهر التعاطف معهم ونعاملهم بكرم وصبر وحكمة ولطف، وألا نقدم لهم سوى الكلمات الرقيقة والمطمئنة. وعندما يقولون أشياء تزعجنا بشدة، لا ينبغي لنا أن نشعر بالإهانة، لأنهم ليسوا مَن يتحدث، بل مرضهم!». كانت العلاجات التي أوصى بها ماذر عبارة عن مزيج غريب من الأساليب. وشملت بعضها ما يمكن اعتباره طرد الأرواح الشريرة، والبعض الآخر كان ذا فاعلية بيولوجية محتملة، مثل استخدام اللبين الحقلي ونبتة القديس يوحنا، التي اعتبرها خاصة بالجنون. بالإضافة إلى ذلك، اقترح علاجات أكثر إثارة للريبة مثل وضع «سنونو ساخن ومُقطَّع إلى نصفين على رأس المريض وهو محلوق».

واعتقد هنري روز، الذي كتب في فيلادلفيا عام 1794، أن المشاعر القوية «لديها القدرة على التأثير على الوظائف الحيوية والطبيعية للجسم، إما بزيادتها وإما نقصانها».[83] وقال إنه عندما تتجاوز هذه المشاعر حدودها، فإنها تصبح ضارة ويجب تجنبها. فهي لا تُفسد راحة البال فحسب، بل لها أيضًا آثار ضارة على توازن الجسم. وتماشيًا مع القيم البيوريتانية،

أوصى بالهدوء والاسترخاء وقمع المشاعر الشديدة والأيروس (الحب الرومانسي) لمنع النفس من الانزلاق إلى الجنون. وقد استمر هذا المنظور البيوريتاني في التأثير على معتقدات الرأي العام الأمريكي لفترة طويلة، حتى بعد أن تضاءل في أماكن أخرى. وفي منتصف القرن التاسع عشر، شهدت الولايات المتحدة نهضات دينية مرتبطة بأمراض مختلفة. أحد الأمثلة البارزة كان «فقدان الشهية العصبي الإنجيلي»[84]، حيث يحرم الأفراد الذين يعتقدون أنهم غير أتقياء أنفسهم من الطعام إلى أن يعانوا سوء التغذية الحاد أو يموتوا. وقد أُطلِق على هؤلاء الأشخاص لقب «المتضورون جوعًا للكمال» من قبل معاصريهم.

وإذا كان عصر العقل سيئًا بالنسبة إلى الاكتئاب، فإن الفترة الرومانسية، التي امتدت من نهاية القرن الثامن عشر إلى ازدهار العصر الفيكتوري، كانت جيدة بشكل خاص. إذ لم يعد يُنظر حينها إلى الكآبة كشرط للبصيرة، بل كبصيرة بحد ذاتها. وكان الرأي السائد هو أن حقائق العالم ليست بالضرورة حقائق سعيدة. وعلى الرغم من الاعتراف السائد بوجود الله، فإن دوره المحدد كان مسألة غير محسومة، وأدت التغيرات الصناعية في ذلك الوقت إلى ظهور المشاعر الأولية للاغتراب الحديث، مما خلق شعورًا لدى المرء بالانفصال عن عمله وإنتاجه. رأى كانط أن الجليل كان دائمًا «مصحوبًا ببعض الرعب أو الكآبة».[85] كان هذا هو الوقت الذي انتُقِدت فيه الوضعية المطلقة باعتبارها ساذجة وليست مقدسة. لقد أصبح من الواضح أنه في الماضي البعيد، كانت للبشرية علاقة أوثق مع الطبيعة، وكان فقدان هذا الارتباط المباشر مع الطبيعة يعني فقدان نوع من السعادة التي لا يمكن استعادتها. خلال هذه الفترة، حزن الناس بشكل واضح على مرور الوقت، ليس فقط على عملية التقدم في السن أو فقدان طاقة الشباب ولكن أيضًا على حتمية مرور الوقت. كان هذا هو عصر «فاوست»، الذي توسل للحظة أن تتأخر بسبب جمالها، لكنه، نتيجة لذلك، قايض روحه باللعنة الأبدية. كان يُنظر إلى الطفولة على أنها إعادة تمثيل للبراءة والسعادة، وشُبِّه الانتقال إلى حياة البلوغ بحالة ما بعد الولادة المليئة بالظلام والمعاناة. وكما قال وردزورث: «نحن كشعراء شباب، نبدأ رحلتنا بالفرح، ولكن مع مرور الوقت، غالبًا ما ينتهي بنا الأمر إلى اليأس والجنون».[86]

كتب جون كيتس: «لقد كنت نصف عاشق للموت السهل؛ لأن ممارسة الحياة في حد ذاتها كانت مؤلمة للغاية بحيث لا يمكن تحملها». وفي قصيدتيه «قصيدة الكآبة» و«قصيدة الجرة الإغريقية»، يتحدث بحزن لا يطاق عن الزمن الذي يجعل أعز شيء هو الأكثر حزنًا، بحيث لا يوجد في النهاية فصل بين الفرح والحزن. ويقول عن الكآبة نفسها:

إنها تسكن مع الجمال.. الجمال المقدر له أن يتلاشى
والفرح المستعد دومًا لقبلة الوداع

واللذة المؤلمة التي تتحول إلى سم تتجرعه
نعم، حتى في قلب معبد البهجة
للكآبة الخفية مذبحها السيادي.

كذلك تستحضر شيلي قابلية التغيير في التجربة، وسرعة الزمن، والشعور بأن فترة الراحة من الحزن لا يتبعها سوى حزن أكبر(87):

الزهرة التي تبتسم اليوم
سوف تذبل وتتلاشى غدًا
كل ما نتمنى أن يبقى
يغرينا ثم يرحل
لذا، بينما تمر الساعات الهادئة
احلم وعندما تستيقظ من نومك
سوف تستيقظ لتبكي

وفي إيطاليا، عبَّر جياكومو ليوباردي عن هذا الشعور نفسه قائلًا: «لم يترك القدر لجنسنا هدية إلا الموت».(88) وهذا بعيد كل البعد عن تأمل توماس جراي في الجمال في باحة كنيسة ريفية؛ إذ يمثل شكلًا مبكرًا من العدمية، أي رؤية تنظر إلى كل شيء على أنه عبث مطلق، أقرب إلى فكرة الكتاب المقدس في سفر الجامعة بأن: «بَاطِلُ الأَبَاطِيلِ، الْكُلُّ بَاطِلٌ»، بدلًا من أن تشبه التفاؤل بالفردوس المفقود. وفي ألمانيا، اكتسبت هذه المشاعر اسمًا يتجاوز الكآبة: «Weltschmerz»، الذي يُترجم إلى «الحزن العالمي». لقد أصبح عدسة يجب من خلالها إدراك جميع المشاعر الأخرى. إن جوته، وهو أحد أبرز المدافعين عن «الحزن العالمي»، قد فعل الكثير لتصوير الطبيعة العاصفة والمأسوية للوجود. في رواية «أحزان فارتر»، يروي استحالة الدخول إلى عالم الجليل الحقيقي: «في تلك الأيام، كنت أتوق إلى مغامرة في عالم غير مألوف، حيث كنت آمل أن أجد الكثير من البهجة لقلبي؛ البهجة التي تملأ وتشبع روحي الطموحة والمشتاقة، وها أنا عائد من العالم الواسع يا صديقي، بكم من الآمال المحطمة، بكم من الخطط الفاسدة؟ ألا يفتقر الإنسان إلى القوة بالضبط في النقطة التي يحتاج إليها بشدة؟ وعندما يبتهج أو يغرق في الأسى، ألا يُعاني في كلتا الحالتين، ألا يُعاد إلى عالم الوعي الباهت والبارد، في الوقت الذي كان يتوق فيه إلى فقدان نفسه في كثافة اللانهائي؟» الاكتئاب، في

هذا السياق، يمثل حقيقة. كما امتلأ عالم الشاعر شارل بودلير المظلم بالحزن والأخطاء ولم يستطع أن يفلت من الكآبة[89]:

تبدو السماء القاتمة الملبدة بالغيوم وكأنها غطاء ثقيل
تضغط على الروح التي تشتاق إلى النور
والأفق كله محجوبٌ عن الأنظار
في ليلة مظلمة أكثر حزنًا من أي ليلة

موكب الجنازة هادئ وكئيب
يسير ببطء عبر روحي، ويملؤها بالحزن والتعب
الأمل يبكي، والحزن قوي وشديد
يبسط نفوذه على وجهي المكتئب

إلى جانب هذا الخط الشعري يوجد خط فلسفي يعود إلى ما هو أبعد من عقلانية كانط الرومانسية، وتفاؤل فولتير، وهدوء ديكارت النسبي تجاه العجز المخيف والمتجذر في شخصية هاملت. قال لنا هيجل في أوائل القرن التاسع عشر: «التاريخ ليس التربة التي تنمو فيها السعادة. إن فترات السعادة في التاريخ شحيحة. هناك لحظات معينة من الرضا في تاريخ العالم، ولكن هذا الرضا لا ينبغي مساواته بالسعادة».[90] هذا المنظور، الذي يرفض فكرة أن السعادة هي حالة طبيعية يمكن للحضارات تحقيقها بشكل معقول، كان يُعَد بداية النزعة التشاؤمية الحديثة. اتضحت حقيقة أننا ولِدنا في معاناة وسنستمر في المعاناة، وأولئك الذين يفهمون المعاناة ويعيشون معها بشكل وثيق لديهم أعمق الأفكار حول الماضي والحاضر؛ وعلى الرغم من أنها قد تبدو فكرة بديهية بالنسبة إلينا اليوم، فإنه كان يُنظر إليها ذات يوم على أنها وجهة نظر مهرطقة وكئيبة. ومع ذلك، يحذر هيجل أيضًا من الاستسلام لليأس، لأنه يؤدي إلى الضياع.

من بين الفلاسفة، يبرز سورين كيركجارد كشخصية ذات علاقة وثيقة بالاكتئاب. وعلى عكس هيجل، الذي كان يهدف إلى مقاومة اليأس، اعتنقه كيركجارد بالكامل، متبعًا كل حقيقة حتى نهايتها غير المنطقية ومتجنبًا التسوية أو المساومة أو التنازل. لقد وجد راحة غريبة في ألمه لأنه كان يعتقد أنه صادق وحقيقي. يقول: «حزني هو قلعتي. في كآبتي الكبيرة، أحببت الحياة، لأنني أحببت كآبتي».[91] بدا كيركجارد وكأنه يعتقد أن السعادة قد تُضعفه.

لم يستطع أن يحب الناس من حوله، لذلك تحول إلى الإيمان باعتباره صلة بشيء بعيد جدًا بحيث إنه يتجاوز مشاعر اليأس. كتب يقول: «أقف مثل رامي السهام الذي يمتد قوسه إلى أقصى حد، ويُطلَب منه أن يطلق سهمه على هدف على بُعد خمس خطوات فقط منه. سيقول رامي السهام: لا أستطيع أن أفعل هذا، لكن ضع الهدف على بعد مائتين أو ثلاثمائة خطوة وسأستطيع!». لم يكن كيركجارد يرى كآبة الأفراد فحسب، بل رأى البشرية جمعاء على أنها كئيبة بطبيعتها. واعتبر أن الافتقار الحقيقي لليأس أمر نادر بين البشر؛ إذ يقول: «الأمر النادر ليس أن يشعر المرء باليأس؛ لا، ما هو نادر حقًّا، هو ألا يشعر المرء باليأس».

كان آرثر شوبنهاور أكثر تشاؤمًا من كيركجارد لأنه لم يعتقد أن الألم شيء نبيل بأي شكل من الأشكال؛ ومع ذلك فقد كان أيضًا ساخرًا وشاعرًا، وكانت استمرارية الحياة والتاريخ بالنسبة إليه عبثية أكثر من كونها مأسوية. وكتب: «الحياة عمل تجاري عوائده بعيدة كل البعد عن تغطية التكلفة. دعونا ننظر إليها ونرى؛ سنجد ذلك العالم الممتلئ بالمخلوقات المتطلبة والنهمة باستمرار التي تستمر في الوجود لفترة من الوقت فقط من خلال التهام بعضها بعضًا، وتقضي وقتها في القلق والعوز، وغالبًا ما تتحمل مِحن وشدائد رهيبة، حتى تقع أخيرًا في أحضان الموت».[92] فالمكتئب، من وجهة نظر شوبنهاور، يعيش ببساطة لأن لديه غريزة أساسية للقيام بذلك «التي هي غير مشروطة، والمقدمة الأساسية لجميع المقدمات». لقد أجاب عن اقتراح أرسطو القديم بأن الرجال العبقريين يعانون الكآبة بقوله إن الرجل الذي يتمتع بأي ذكاء حقيقي سيدرك «بؤس حالته». ومثل سويفت وفولتير، كان شوبنهاور يؤمن بالعمل، ليس لأن العمل يولد البهجة بقدر ما يصرف انتباه البشر عن اكتئابهم المتجذر فيهم. كتب: «لو كان العالم جنة من الرفاهية والسهولة، لكان الناس إما سيموتون من الملل وإما يقتلون أنفسهم». فحتى المتعة الجسدية التي من المفترض أن تنتزع المرء من اليأس ليست سوى إلهاء ضروري قدمته الطبيعة لإبقاء جنسنا على قيد الحياة. «إذا كان الأطفال يأتون إلى العالم بفعل العقل المحض وحده، فهل سيستمر الجنس البشري في الوجود؟ ألم يكن سيُفضِّل الإنسان حينها أن يتعاطف مع الجيل القادم بما يكفي بحيث يُجنِّبه عبء الوجود؟».

وقد كان فريدريك نيتشه هو الذي حاول بالفعل ربط هذه الآراء بمسألة المرض والبصيرة المحددة. «لقد فكرت فيما إذا كانت القيم الأساسية الماضية في الفلسفة والأخلاق والدين تشترك في أوجه تشابه مع قيم الضعفاء والمرضى العقليين والمصابين بالوهن العصبي؛ ووجدت أنها في شكل أكثر اعتدالًا، تُمثل آلامًا مماثلة. إن الصحة والمرض لا يختلفان جوهريًّا، كما يفترض الأطباء القدماء وبعض الممارسين حتى اليوم؛ بل يوجد اختلاف في الدرجة فقط بينهما. إذ تتميز الحالة المرضية بالمبالغة وعدم التناسب أو الانسجام في الظواهر المعتادة».
(93)

في القرن التاسع عشر، تغير وضع المضطربين عقليًّا ونفسيًّا وعادوا إلى جموع الناس؛ فبعد أن أمضوا الأعوام المائة الماضية مثل الحيوانات، أصبح يُتوقع منهم محاكاة سلوك الطبقة

المتوسطة، سواء رغبوا في ذلك أم لا. كان فيليب بينيل من بين أوائل المصلحين في مجال علاج المرضى النفسيين، ونشر أطروحته في عام 1806. وقد قدم فكرة «العلاج الأخلاقي للجنون»، التي بدت له هي السبيل الوحيد للمضي قدمًا، نظرًا لأن «أسرار تشريح الدماغ وأمراضه ما زالت عصية على الفهم».[94] أنشأ بينيل مستشفى يلتزم بمعايير عالية. ضمن بينيل، وجود رقابة صارمة، وعامل من هم تحت رعايته بيقظة الوالدين. لقد أولى اهتمامًا وثيقًا للنظام الغذائي في المنشأة، وحافظ على الانضباط بين الموظفين، وتعامل بصرامة مع أي سوء معاملة أو عنف تجاه الأشخاص الذين كان من المفترض أن يساعدوهم.

كان الإنجاز الرئيسي في القرن التاسع عشر هو إنشاء منظومة المصحات للمرضى النفسيين والعقليين. قال صامويل توك، الذي أدار إحدى هذه المؤسسات: «إن مناقشة اليأس الذي يعانيه المصابون بالاكتئاب يعتبر أمرًا غير حكيم. بل ينبغي التركيز على إبعاد العقل عن الأفكار الكئيبة من خلال ممارسة الرياضة البدنية، والمشي، والمحادثة، والقراءة، وغيرها من الأنشطة المفيدة».[95] كان تأثير هذا النوع من البرامج (على عكس الأغلال العقابية وأساليب «الترويض» الغريبة في القرن السابق) له الفضل، وفقًا لمدير مصحة أخرى، في ألا يتفاقم الاكتئاب، ويوفر للمرضى العزاء.

انتشرت تلك المصحات سريعًا، وتزايدت أعدادها مثل الفطر بعد عاصفة ممطرة. في عام 1807، حُكم على 2.26 شخصًا من كل عشرة آلاف من سكان إنجلترا عمومًا بأنهم مجانين (وهي فئة كانت تشمل المصابين بالاكتئاب الشديد)؛ وفي عام 1844، وصل الرقم إلى 12.66، وبحلول عام 1890، أصبح 29.63.[96] يمكن أن تُعزى الزيادة الكبيرة في أواخر العصر الفيكتوري، حيث زاد عدد الأفراد الذين يُعتبرون مرضى عقليًّا بثلاث عشرة مرة عما كان عليه في بداية القرن، جزئيًّا إلى الارتفاع الفعلي في المرض العقلي؛ فقد تضاعف عدد الأفراد المصابين بأمراض عقلية بين قانونين للمجانين أصدرهما البرلمان (1845 و1862)، وقد نتج هذا جزئيًّا عن زيادة استعداد الناس للاعتراف بالجنون، وجزئيًّا بسبب معايير أكثر صرامة للعقلانية، وجزئيًّا بسبب أعمال النهب التي تسببت بها النزعة الصناعية الفيكتورية. إن الأفراد المكتئبين أنفسهم، الذين كانوا سيبقون بهدوء في أماكنهم الطبيعية في أوقات سابقة، أُخرِجوا حينها من البيئة العائلية لبريطانيا الديكنزية ووُضِعوا في الملاجئ والمصحات، مما وفر لهم مجتمعًا ولكن أيضًا عزلهم عن أولئك الذين يعتنون بهم بشكل طبيعي. وقد ارتبط نمو المصحات بزيادة معدلات «الشفاء». فإذا كان من الممكن تحسين بعض الأفراد من خلال رعاية هذه المصحات، فقد أصبح من الواجب وضع أي شخص مُعرض لخطر البؤس مدى الحياة في مثل هذه المنشآت.

خضعت فكرة المصحات لسلسلة من التحسينات مع مرور الوقت. وكانت اللجان البرلمانية المختارة تناقش هذا الأمر بالفعل في عام 1807. طالب قانون المجانين الأول الذي أقره البرلمان بأن توفر كل مقاطعة مصحات للفقراء المجانين، بما في ذلك المصابون بالاكتئاب

الشديد؛ وأتاح قانون عام 1862 إمكانية الحبس الطوعي، حتى يتمكن أولئك الذين يعانون الأعراض، بموافقة السلطات الطبية، من وضع أنفسهم في المصحات. يسلط هذا الحكم الضوء على التطور الكبير الذي شهدته المصحات، حيث كانت فكرة الدخول الطوعي إلى إحدى المصحات في القرن الثامن عشر تعتبر فكرة غريبة الأطوار. بحلول هذا الوقت، كانت مصحات المقاطعات تُدار بأموال عامة. والمصحات الخاصة تعمل من أجل الربح؛ والمستشفيات المسجلة (مثل بيدلام، التي كانت تؤوي نحو أربعمائة مريض في عام 1850) للمرضى الأكثر حدة، مدعومة بمزيج من الأموال العامة والمساهمات الخيرية الخاصة.[97]

كان القرن التاسع عشر زمن التصنيفات. فقد ناقش الجميع طبيعة المرض ومعاييره، وأعاد الجميع تصنيف ما كان يُعرَّف سابقًا على أنه كآبة إلى فئات وفئات فرعية. وقد نجح المُنظرون العظماء في مجال التصنيف والعلاج في تحقيق النجاح السريع، حيث قرر كل منهم أن إجراء بعض التعديلات الطفيفة على نظرية سلفه من شأنه أن يحسن العلاج بسرعة فائقة. وقد تساءل توماس بيدوس في السنة الأولى من القرن: «هل من الضروري حصر الجنون في نوع واحد، أم تقسيمه إلى عدد من الحالات».[98]

كان بنجامين راش في أمريكا يعتقد أن كل أنواع الجنون هي حمى أصبحت مزمنة نتيجة تأثير خارجي. «بعض المهن تؤدي إلى الجنون أكثر من غيرها. فالشعراء والرسامون والنحاتون والموسيقيون هم الأكثر عرضة له».[99] كان الاكتئاب الوهمي قويًّا بين مرضى راش. أحدهم، على سبيل المثال، كان قبطانًا بحريًّا يعتقد أن لديه ذئبًا في كبده. وآخر يعتقد أنه نبات. ورغم أن راش، على عكس الآخرين، لم يرتقِ إلى مستوى تعاطف بينيل مع المرضى، فإنه، على عكس أسلافه، كان يؤمن بالاستماع إليهم.[100] «مهما كان رأي المريض خاطئًا في حالته، فإن مرضه هو مرض حقيقي. ولذلك سيكون من الضروري للطبيب أن يستمع باهتمام إلى تفاصيله المملة حول أعراضه والأسباب التي يعتقدها».

عاد ويلهلم جريسينجر، الذي كان يعمل في ألمانيا، إلى تعاليم أبقراط وأكد بشكل قاطع أن «الأمراض النفسية والعقلية هي أمراض في الدماغ».[101] وعلى الرغم من أنه لم يكن قادرًا على تحديد أصل أمراض الدماغ هذه، فإنه أصر بشدة على وجودها؛ ودعا إلى تحديد الخلل في الدماغ ثم علاجه، إما وقائيًّا وإما علاجيًّا. اعترف جريسينجر بإمكانية انتقال مرض نفسي إلى آخر، وهو ما يمكن أن نسميه التشخيص المزدوج، كجزء من مبدأ وحدة الأمراض النفسية Einheitspsycbose؛ وهو مبدأ مفاده أن جميع الأمراض النفسية والعقلية هي مرض واحد وأنه بمجرد أن يصبح دماغك متزعزعًا، يمكن أن يحدث أي شيء فيه. أدى هذا المبدأ إلى معرفة اضطراب الهوس الاكتئابي وقبوله، وفهم أن المرضى الذين يتقلبون بين الحالات المتطرفة قد يكون لديهم مرض واحد بدلًا من مرضين في حالة تناوب. وعلى أساس هذا العمل، أصبح تشريح الدماغ شائعًا، وبخاصة في حالات الانتحار.

كان جريسينجر أول من طرح فكرة أن بعض الأمراض النفسية والعقلية يمكن تخفيفها فقط، في حين أن البعض الآخر قابل للشفاء، وعلى أساس عمله بدأت معظم المصحات في تقسيم مرضاها، وفصل أولئك الذين لديهم فرصة للشفاء والعودة إلى الحياة الطبيعية عن الحالات الأكثر يأسًا. وعلى الرغم من أن حياة المجانين الحقيقيين ظلت فظيعة، فإن حياة المرضى الآخرين بدأت تتحسن وتأخذ مظهر الحياة الطبيعية. إن التعامل مع الأشخاص المكتئبين كبشر منعهم من الانزلاق إلى حالة الاعتماد الكامل على الآخرين. وفي الوقت نفسه، بدأت الأبحاث على غرار بحث جريسينجر في أن تحل محل الدين؛ وقد يكون التغيير في المعايير الاجتماعية الذي بدأ في أواخر العصر الفيكتوري مرتبطًا في بعض النواحي بظهور النموذج الطبي للدماغ.

وعلى يد جريسينجر، أصبح الاكتئاب أمرًا طبيًّا بالكامل. اقترح ميشيل فوكو، في عرضه الشهير لتاريخ المرض العقلي والنفسي، أن هذا كان جزءًا من مخطط كبير للسيطرة الاجتماعية المرتبطة بالاستعمار وترسيخ سلطة الطبقة الحاكمة الثرية على الطبقة الدنيا المقهورة. إذ من خلال تصنيف أولئك الذين وجدوا الحياة صعبة للغاية على أنهم «مرضى» ومن خلال إبعادهم عن المجتمع، يمكن للطبقة الحاكمة أن تفرض مستويات من الضغط الاجتماعي الحقيقي والصعوبات التي كانت في الواقع غير إنسانية، التي كان من الممكن أن تتمرد عليها طبقة أقل احتواءً من الناس البائسين. فإذا كان يُراد اضطهاد بروليتاريا الثورة الصناعية بشكل فعال، فلا بد من إزالة أولئك الذين كانوا حقًّا على حافة التدمير الذاتي من بينهم، خشية أن يكونوا بمنزلة تحذير لمن حولهم ويثيرون ثورة.

قدَّم فوكو قراءة جيدة، لكن التأثير الذي تركه كان أكثر جنونًا من الأشخاص الذين يدرسهم.[102] إذ لا يستطيع الأشخاص المكتئبون قيادة ثورة لأن الأشخاص المكتئبين بالكاد يستطيعون النهوض من السرير وارتداء أحذيتهم وجواربهم. بالنسبة لي شخصيًّا، في خضم اكتئابي، لم يمكن من الممكن قط لي أن أنضم إلى حركة ثورية إلا بقدر ما كان يمكنني تنصيب نفسي ملكًا لإسبانيا. لقد ظل المكتئبون الحقيقيون تاريخيًّا غير مرئيين إلى حد كبير، ليس فقط بسبب المصحات، ولكن لأن طبيعة مرضهم تجبرهم على الانسحاب من الروابط والانتماءات البشرية. إن رد الفعل العام لأعضاء البروليتاريا الآخرين (أو، في الواقع، أي طبقة أخرى) تجاه الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب الشديد عادة ما يكون الاشمئزاز والانزعاج. ومن لم يكن هو نفسه مصابًا بالاكتئاب، فإنه يكره رؤيته، لأن المنظر يبعث فيهم القلق والخوف. إن التأكيد على أن المرضى المصابين بأمراض خطيرة قد «أُبعِدوا» فقط عن محيطهم الطبيعي هو تشويه للواقع؛ ففي الحقيقة، كان سياقهم الطبيعي يرفضهم باستمرار. لم ينزل أي برلماني محافظ إلى شوارع المدن بحثًا عن المرضى من أجل وضعهم في المصحات، بل كانت العائلات هي مَن تُدخِل المرضى المصحات، وظل البحث جاريًا عن المتسبب في هذه المشكلات الاجتماعية، وبدا الأمر وكأنه رواية طويلة لأجاثا كريستي مات فيها الجميع بفعل أسباب طبيعية.

كانت المصحات مكتظة جزئيًّا نتيجة للاغتراب العام للعصر الفيكتوري المتأخر، الذي عبر عنه الجميع بشكل أو بآخر، بدءًا من ركائز النظام الاجتماعي (ألفريد لورد تينيسون، على سبيل المثال، أو توماس كارلايل)، مرورًا بالإصلاحيين المتحمسين (تشارلز ديكنز[103] أو فيكتور هوجو)[104]، ووصولًا إلى أولئك الذين يعيشون على هامش المجتمع المنحط (أوسكار وايلد أو يوريس كارل هويسمانز).[105] يُجسد عمل كارلايل، «سارتور ريسارتوس»، إحساسًا بالغربة في عالم مكتظ للغاية، أشبه بالاكتئاب العالمي، وهو ما يُذكرنا ببريخت وكامو. «بالنسبة لي كان الكون كله صوت الحياة، والهدف، والإرادة، وحتى العداء؛ لقد كان محركًا بخاريًّا ضخمًا ميتًا، يعمل، بلا مبالاته المميتة، ليطحنني عضوًا عضوًا. وبعد ذلك، عشت في خوف مستمر وغامض؛ كنت أرتجف وأخاف لكن لا أعرف مِم؛ بدا الأمر كما لو أن كل الأشياء الموجودة في السماء من الأعلى والأرض من الأسفل ستؤذيني؛ كما لو أن السماوات والأرض ليستا سوى فكين ضخمين لوحش مفترس، أنتظر أن يلتهمني بينما يخفق قلبي بشدة».

فكيف يمكن للمرء أن يتحمل ثقل الحياة، وبخاصة في هذا العصر الحزين؟ لقد تناول الفيلسوف الأمريكي ويليام جيمس هذه المشكلات بشكل مباشر وحدد بشكل صحيح المصدر الواضح للاغتراب الحداثي المبكر باعتباره انهيار الإيمان الذي لا جدال فيه في الإله الأعلى الذي يتصرف بإحسان نحو خلقه.[106] على الرغم من أن جيمس نفسه كان يؤمن بشدة بعقيدة شخصية، فإنه كان أيضًا قارئًا ثاقبًا لعملية عدم الإيمان. كتب: «نحن في القرن التاسع عشر، بنظرياتنا التطورية وفلسفاتنا الميكانيكية، عرفنا الطبيعة بشكل بدا أنه لا يمكن أن يعكس طبيعة الإله. وظننا أننا لسنا بحاجة إلى هذا المفهوم». وقال مخاطبًا مجموعة من طلاب جامعة هارفارد: «ربما يكون الكثير منكم، كونكم طلاب فلسفة، قد شعروا شخصيًّا بالشك وعدم الواقعية، وهو الشعور الذي يمكن أن يولده الانغماس المفرط في الأسس النظرية للأشياء». وعن انتصار العلم، كتب: «إن النظام المادي للطبيعة، إذا نظرنا إليه ببساطة كما يعرفه العلم، لا يشير إلى هدف روحي موحد. إنه أقرب إلى الظواهر العشوائية وغير المبالية، مثل الطقس». هذا هو جوهر الكآبة الفيكتورية. لقد كانت هناك فترات من الإيمان المتزايد والمتناقص عبر تاريخ البشرية، لكن هذا التخلي عن فكرة الله والمعنى فتح الطريق للعذابات التي استمرت منذ ذلك الحين، التي كانت أكثر إيلامًا بكثير من حزن أولئك الذين ظنوا أن الله القدير قد تخلى عنهم. إن اعتقاد المرء أنه موضع كراهية شديدة هو أمر مؤلم، ولكن أن يجد نفسه في كون عبثي ليس به من يأبه له، فذلك يخلق شعورًا عميقًا بالوحدة لم يكن يمكن تصوره في العصور السابقة. أعطى ماثيو أرنولد صوتًا لهذا اليأس[107]:

العالم الذي يبدو أمامنا كأرض الأحلام
المتنوعة جدًّا، الجميلة جدًّا، الجديدة جدًّا

هو في الواقع خالٍ من الفرح أو الحب أو النور
خالٍ من اليقين أو السلام أو الراحة من الألم
نحن نقبع في سهل مظلم
تجتاحه أجراس الإنذار الفوضوية
مُنذرة بتصادم الجيوش من كل حدبٍ وصوب

وهذا هو الشكل الذي يتخذه الاكتئاب الحديث؛ إن أزمة فقدان الله أكثر شيوعًا بكثير من أزمة لعنته. إذا كان ويليام جيمس قد أوضح الفجوة الفلسفية بين ما كان يُعتقد أنه حقيقي وما كشفت عنه الفلسفة، فإن الطبيب البارز هنري مودسلي قد أوضح الفجوة الطبية الناتجة. كان مودسلي هو أول من وصف الكآبة التي تتعرف على نفسها ولكنها لا تستطيع فعل شيء. يقول مودسلي: «من الطبيعي أن نبكي، لكن ليس من الطبيعي أن ننفجر في البكاء لأن ذبابة استقرت على جبهتنا، كما حدث مع شخص كئيب أعرفه. بدا الأمر وكأن حجابًا قد أُسدل بينه وبين الأشياء. وفي الحقيقة لا يمكن أن يكون هناك حجاب أثخن بينه وبينها من حجاب انعدام الاهتمام. كانت حالته محيرة بالنسبة إليه ولا يمكن تفسيرها. إن وعود الدين وعزاءات الفلسفة الملهمة للغاية عندما لا تكون هناك حاجة إليها، والعاجزة عن المساعدة عندما تشتد الحاجة إلى مساعدتها، لم تكن سوى مجرد كلمات لا معنى لها بالنسبة إليه. لم يكن يوجد سوى ألم عميق للعقل يشل وظائفه. ومع ذلك، فإنه عانى معاناة أسوأ من الجنون الفعلي، لأن عقله كامل بما يكفي ليشعر ويدرك حالته المذلة».[108]

تحدث جورج سافاج، الذي كتب عن الجنون والعصاب، عن الحاجة، أخيرًا، إلى سد الفجوة بين الفلسفة والطب بشكل نهائي. كتب: «قد يكون الأمر مريحًا، لكن ليس من الصحيح فلسفيًا معالجة الجسد بمعزل عن العقل، ومعالجة الأعراض الجسدية بمعزل عن الأعراض العقلية. الكآبة حالة عقلية، يكون فيها البؤس غير معقول سواء فيما يتعلق بسببه الظاهري، أو في الشكل الغريب الذي يتخذه، وهو الألم العقلي الذي يعتمد على التغيرات الجسدية وليس على البيئة بشكل مباشر. وهذه الحالة المُشبعة بالحزن الشديد، تؤدي في النهاية إلى تشكيل أوهام مختلفة».[109]

* * *

شهد القرن العشرين حركتين رئيسيتين في علاج وفهم الاكتئاب. إحداهما كانت التحليل النفسي، الذي أنتج في السنوات الأخيرة جميع أنواع نظريات العلوم الاجتماعية حول العقل. والأخرى، النفسية-البيولوجية، التي كانت الأساس لمزيد من التصنيفات المطلقة والصارمة. وقد بدا في بعض الأحيان أن لكل منهما ادعاء أكثر إقناعًا بشأن الحقيقة؛ وفي أحيان أخرى

بدا كل منهما مثيرًا للسخرية. لقد اكتسب كل منهما قدرًا معينًا من البصيرة الحقيقية، لكنهما استخلصا بعض السخافات منها؛ وقد أضفى كل منهما بعض الغموض شِبه الديني على المسائل النفسية، الذي لو حدث في الأنثروبولوجيا أو الطب أو علم الحفريات، لسخر الناس منه إلى ما لا نهاية. ولا شك أن الواقع يشتمل على عناصر من كلتا المدرستين الفكريتين، على الرغم من أن الجمع بين الاثنتين لا يمثل مجموع الحقيقة. وقد كان التنافس بينهما هو الذي أدى إلى ادعاءات مغالية، التي هي في كثير من الحالات أقل دقة من كتاب التشريح الذي كتبه روبرت بيرتون في القرن السابع عشر.

لقد بدأت الفترة الحديثة للتفكير في الاكتئاب بالفعل مع نشر فرويد لأوراق فليس في عام 1895. وقد حلَّ مفهوم اللاوعي، كما صاغه فرويد، محل المفهوم الشائع للروح وأنشأ موضعًا وسببًا جديدًا للكآبة. وفي الوقت نفسه، نشر إميل كريبيلين تصنيفاته للأمراض العقلية والنفسية، التي شكَّلت فئة الاكتئاب كما نفهمه الآن. هذان الرجلان، اللذان يمثلان التفسيرات النفسية والبيو-كيميائية للمرض، خلقا الصدع الذي يحاول مجال الصحة النفسية الآن رأبه. في حين أن الفصل بين هاتين النسختين من الاكتئاب قد أضر بالتفكير الحديث حول الاكتئاب، فإن أفكارهما المستقلة نفسها لها أهمية كبيرة، ودون تطورهما الموازي لم يكن بإمكاننا التوصل إلى فهمٍ شامل.

كان الإطار المفاهيمي للتحليل النفسي موجودًا منذ سنوات، وإن كان بطريقة مشوهة. يتشابه التحليل النفسي مع ممارسة فصد الدم التي كانت شائعة سابقًا. ففي كلتا الحالتين، هناك افتراض بأن شيئًا داخليًّا يعيق الأداء الطبيعي للعقل. بينما كان فصد الدم يهدف إلى إزالة الأخلاط الخبيثة عن طريق سحبها من الجسم؛ كانت العلاجات الديناميكية النفسية تهدف إلى إضعاف الصدمات المنسية أو المكبوتة عن طريق استئصالها من اللاوعي. ذكر فرويد أن الكآبة هي شكل من أشكال الحداد وأنها تنبع من الشعور بفقدان الرغبة في الطعام أو ممارسة الجنس. كتب فرويد: «في حين أن الأفراد الأقوياء يصابون بسهولة بعصاب القلق، فإن الأشخاص العاجزين يميلون إلى الكآبة».[110]

لم يأتِ أول وصف تحليلي نفسي متماسك للكآبة من فرويد، بل من كارل أبراهام، الذي ظلت مقالته الصادرة عام 1911 حول هذا الموضوع مرجعًا موثوقًا.[111] بدأ أبراهام بالقول بشكل قاطع إن القلق والاكتئاب «يرتبطان بعضهما ببعض بالطريقة نفسها التي يرتبط بها الخوف والحزن. فنحن نخاف من الشر القادم، ونحزن على ما حدث». إذن فالقلق هو الضيق مما سيكون، والكآبة هي الضيق مما حدث. بالنسبة إلى أبراهام، كل حالة من الاثنتين تستلزم الأخرى؛ إذ من المستحيل توجيه الضائقة العصبية حصريًّا نحو الماضي أو المستقبل. قال أبراهام إن القلق يحدث عندما تريد شيئًا تعرف أنه لا ينبغي أن تحصل عليه، وبالتالي لا تحاول الحصول عليه، بينما يحدث الاكتئاب إذا أردت شيئًا وحاولت الحصول عليه وفشلت. يقول أبراهام إن الاكتئاب يحدث عندما تتداخل الكراهية مع قدرة الفرد على الحب. فالأشخاص

الذين رُفض ونُبِذ حبهم يشعرون أن العالم قد انقلب ضدهم ولذلك يكرهونه. ولأنهم لا يرغبون في الاعتراف بهذه الكراهية لأنفسهم، فإنهم يطورون ما وصفه أبراهام بأنه «سادية مكبوتة بشكل غير كامل».

يقول أبراهام: «حيثما يوجد قدر كبير من السادية المكبوتة، ستكون هناك شِدة مماثلة في الشعور بالاكتئاب». إذ يحصل المريض، في كثير من الأحيان دون أن يدرك ذلك، على متعة معينة من اكتئابه نتيجة لمواقفه السادية. أجرى أبراهام التحليل النفسي لعدد من مرضى الاكتئاب وأفاد عن تحسن كبير في حالتهم، على الرغم من أنه من غير الواضح ما إذا كان هؤلاء المرضى قد تعافوا بالبصيرة الحقيقية أم بمجرد فكرة أن لديهم بصيرة. في النهاية، اعترف أبراهام بأن نوع الصدمة التي تؤدي إلى الاكتئاب يمكن أن تؤدي أيضًا إلى أعراض أخرى، و«ليس لدينا أدنى فكرة عن السبب الذي يجعل مجموعة من الأفراد في هذه المرحلة تسلك طريقًا، وتسلك مجموعة أخرى طريقًا آخر». وهذا، على حد تعبيره، هو «مأزق العدمية العلاجية».

وبعد ست سنوات، كتب فرويد مقالته المختصرة والمؤثرة بعنوان «الحداد والكآبة»، التي ربما كان لها تأثير على الفهم المعاصر للاكتئاب أكبر من أي مادة مكتوبة أخرى. شكَّك فرويد في تماسك ما يسمى بالكآبة؛ فتعريف الاكتئاب «يتقلب حتى في علم النفس الوصفي». ويتساءل فرويد: ما الذي يجب أن نفهمه من حقيقة أن العديد من أعراض الاكتئاب، التي نحرص بشدة على تخفيفها، تحدث أيضًا في حالة الحزن؟ «لا يخطر ببالنا أبدًا أن نعتبرها حالة مرضية ونُخضع الشخص الحزين للعلاج الطبي.... بل نعتبرها حالة شعورية طبيعية وننظر إلى أي تدخل فيها على أنه غير مرغوب فيه أو حتى ضار... إذ فقط لأننا نعرف جيدًا كيف نفسرها، فإن هذه الحالة لا تبدو مرضية بالنسبة إلينا».[112] (ليس هذا بالضرورة هو الحال؛ فقد نشرت مجلة نيو إنجلاند الطبية مؤخرًا بحثًا يشير إلى أنه «بما أن الفجيعة الطبيعية من الممكن أن تؤدي إلى اكتئاب شديد، فإن المرضى الحزينين الذين يعانون أعراض الاكتئاب التي تدوم لفترة أطول من شهرين لا بد أن يحصلوا على العلاج المضاد للاكتئاب») ومع ذلك، فإن المصابين بالاكتئاب يقللون من احترامهم لذاتهم. كتب فرويد: «في الحزن يصبح العالم فقيرًا وفارغًا؛ أما في الكآبة، فإن الأنا نفسها هي [التي تصبح فقيرة وفارغة]». الحزين يشعر بالأسى بسبب أحداث مأسوية مثل فقد أحد أحبابه؛ بينما الكئيب يشعر بذلك من خلال التجربة المتضاربة للحب غير المثالي.

لا أحد يتخلى عما يرغب فيه عن طيب خاطر. لا بد أن ينجم فقدان احترام الذات عن خسارة غير مقصودة، التي افترض فرويد أنها أيضًا غير واعية، حيث إن ألم الخسارة الواعية عادة ما يخف بمرور الوقت. اقترح فرويد أن الاتهامات التي يوجهها المصاب بالكآبة لنفسه هي في الواقع شكاواه ضد العالم، وأن الذات قد انقسمت إلى قسمين: نفس تتهم وتهدد وأخرى متهمة ترتعد. وقد رأى فرويد هذا الصراع في الأعراض الكئيبة: فالأنا المتهمة ترغب في النوم

مثلًا، لكن الأنا المهددة تعاقبها بالأرق. والاكتئاب هنا هو في الحقيقة انهيار للإنسان أو الأنا المتماسكة. وبعدما يصبح الشخص الكئيب غاضبًا من هذا التضارب والتشتت، ينتقم. ويوجه غضبه إلى الداخل لتجنب معاقبة من يحب. كتب فرويد: «هذه السادية وحدها هي التي تحل اللغز». حتى الانتحار هو دافع سادي ضد الآخر، وقد أعيد توجيهه نحو الذات. إن تقسيم الأنا هو وسيلة لاستيعاب المحبوب بداخل المرء. إذا عاتبت نفسك، فإن الشيء الذي توجه شعورك نحوه موجود دائمًا؛ أما إذا كنت بحاجة إلى توبيخ شخص آخر، فقد يموت أو يغادر، ولن يصبح لديك شيء توجه مشاعرك نحوه. كتب فرويد: «من خلال التوجه إلى الأنا، يتجنب الحب الفناء». إن النرجسية التي توجه اتهاماتها للذات هي نتيجة الخسارة والخيانة التي لا تطاق، وتساهم في ظهور أعراض الاكتئاب.

اقترح أبراهام، في رده على «الحداد والكآبة»، أن الاكتئاب له مرحلتان[113]: فقدان الشيء الذي تُوجَّه مشاعر الحب له، وإحياؤه من خلال استيعابه في ذات المرء. وأرجع هذا الاضطراب إلى عامل وراثي، وإلى تثبيت الرغبة الجنسية على ثدي الأم المفقود، وإلى الضرر المبكر الذي لحق بحب الذات بسبب رفض الأم الفعلي أو المتصور، وإلى نمط متكرر من استحضار خيبة الأمل الأولية تلك. وكتب: «إن نوبة الاكتئاب السوداوي تبدأ بخيبة الأمل في الحب». ويصبح الشخص الكئيب «لا يشبع» من الاهتمام.

ومن السهل بما فيه الكفاية تطبيق رؤى فرويد وأبراهام، ولو بعبارات مختزلة إلى حد ما، على حياة المرء. في وقت انهياري الأول، دمرني موت والدتي، وفي الأحلام والرؤى والكتابة، دمجتها بالتأكيد في نفسي. جعلني ألم فقدانها غاضبًا. كما ندمت على كل الألم الذي سببته لوالدتي، وندمت على المشاعر المختلطة المعقدة التي ظلت بداخلي؛ التي لم تُحَل بسبب وفاتها. أعتقد أن الأنظمة الداخلية للصراع وتوبيخ الذات لعبت دورًا كبيرًا في انهياري، وتركزت في نشر روايتي. لقد ندمت على النزعة التدميرية للخصوصية التي أظهرتها لأن والدتي كانت تعطي الأولوية للتحفظ. قررت النشر على أي حال، وهذا أعطاني بعض الشعور بالتحرر من صراعاتي الداخلية. لكن ذلك جعلني أشعر أيضًا أنني كنت أتصرف في تحدٍّ لأمي، وشعرت بالذنب حيال ذلك. عندما حان الوقت لقراءة الكتاب بصوت عالٍ، والتصريح علنًا بما كنت أفعله، بدأ تأنيب نفسي ينخر في داخلي؛ وكلما حاولت عدم التفكير في والدتي في هذا الموقف، أصبح إسقاط مشاعر الحب تجاه أمي داخليًا في ذاتي أكثر بروزًا. وكان هناك سبب آخر ثانوي لانهياري الأول وهو خيبة الأمل في الحب الرومانسي؛ وكان سبب انهياري الثالث هو فشل العلاقة التي استثمرت فيها كل إيماني وأملي. هذه المرة لم يكن هناك الكثير من العوامل المعقدة. بينما أخبرني أصدقائي أنني يجب أن أكون غاضبًا، إلا أن ما شعرت به كان اليأس والشك في النفس. لقد اتهمت نفسي إلى ما لا نهاية كوسيلة لاتهام الآخر. كان انتباهي منصبًّا على الشخص الذي كنت أرغب حقًّا في جذب انتباهه، الذي كان غائبًا، ومع ذلك فهو

حي بداخلي. يبدو أن قلقي كان يتبع من كثب أنماط طفولتي وقصة فقدان والدتي، مما يكشف عن وجود كبير للسادية التي دمجتها في ذاتي.

وقد قدَّم كل كبار دُعاة التحليل النفسي بعض التحسينات الإضافية حول هذه المواضيع. اقترحت ميلاني كلاين أن كل طفل يجب أن يمر بالتجربة الحزينة المتمثلة في فقدان الثدي الذي يغذيه.[114] إن اليقين الواضح لرغبة هذا الرضيع في الحصول على الحليب والإشباع التام لهذه الرغبة هما جنة الخلد بالنسبة إليه. أي شخص استمع إلى طفل يصرخ طلبًا للتغذية سيعرف أن غياب هذا الحليب في اللحظة التي يرغب فيها يمكن أن يؤدي إلى غضب كارثي. عندما شاهدت ابن أخي، الذي وُلد بينما كنت أكتب هذا الكتاب، في الشهر الأول من حياته، رأيت (أو توقعت) صراعات وقناعات تعكس بشكل وثيق حالاتي العاطفية، وشاهدت ما يُشبه الاكتئاب يغشاه حتى في اللحظات القصيرة التي قد تأخذها أمه لترفعه إلى صدرها. كما أنه، وأنا أقترب من الانتهاء من هذا الكتاب، لا يبدو مسرورًا بالتخلي عن الثدي في أثناء فطامه. كتبت كلاين: «من وجهة نظري فإن الوضع الاكتئابي لدى الأطفال له دور محوري في نمو الطفل. إذ يبدو أن التطور النموذجي للطفل وقدرته على تجربة الحب يعتمدان بشكل كبير على كيفية عمل الأنا خلال هذا الوضع الحاسم».

ويذهب المحللون الفرنسيون خطوة أخرى إلى الأمام. بالنسبة إلى جاك حسون، الذي أدخل فكرة الاكتئاب في تفكيك جاك لاكان المبهم للإنسان، كان الاكتئاب عاطفة ثالثة، قوية وملحة مثل الحب أو الكراهية التي قد تثيره. لم يكن هناك شيء اسمه استقلالية من دون قلق بالنسبة إلى حسون.[115] ومن وجهة نظره، ينشأ الاكتئاب عندما نفشل في تمييز أنفسنا بشكل صحيح عن العالم الخارجي، ونرى أنفسنا مترابطين مع كل شيء من حولنا. إن طبيعة الرغبة الجنسية هي الرغبة في الآخر؛ وبما أننا لا نستطيع رؤية شخص آخر في أثناء الاكتئاب، فليس لدينا أي أساس للرغبة. فنحن وفقًا لحسون نشعر بالاكتئاب ليس لأننا بعيدون كل البعد عما نريده، بل لأننا مندمجون فيه.

إن سيجموند فرويد هو أبو التحليل النفسي؛ أما إميل كريبلين فهو أبو علم الأحياء النفسي. فصل كريبلين الأمراض العقلية والنفسية المكتسبة عن الأمراض الوراثية. كان يعتقد أن جميع الأمراض العقلية والنفسية لها أساس كيميائي حيوي داخلي. أدخل كريبلين النظام إلى عالم الأمراض العقلية والنفسية الفوضوي، مؤكدًا أن هناك أمراضًا محددة ومنفصلة، وأن كلًّا من هذه الأمراض له خصائص مميزة، والأهم من ذلك، أن لها نتائج يمكن التنبؤ بها وفهمها. إن هذا الزعم هو على الأرجح غير صحيح، لكنه كان مفيدًا للغاية في إعطاء الأطباء النفسيين بعض الأساس للتعامل مع الشكاوى النفسية عند ظهورها.

وقد صنَّف الاكتئاب إلى ثلاث فئات، مما سمح بوجود علاقة فيما بينها. وكتب أنه في الحالات الأكثر اعتدالًا، «يظهر تدريجيًّا نوع من التباطؤ العقلي؛ إذ يصبح التفكير صعبًا، ويجد

المرضى صعوبة في اتخاذ القرارات والتعبير عن أنفسهم. ويكون من الصعب عليهم التركيز في القراءة أو المحادثة العادية. ولا يكون لديهم أي اهتمام بمحيطهم. وتكون عملية تجميع الأفكار متخلفة لديهم بشكل ملحوظ؛ إذ لا يكون لديهم ما يقولونه؛ وتكون هناك ندرة في الأفكار وفقر في الفكر. كما يبدون متبلدين وبطيئين، ويقولون دومًا إنهم يشعرون بالتعب والإرهاق. ولا يرون إلا الجانب المظلم من الحياة»، وخلص كريبيلين إلى أن هذا النوع من الاكتئاب يسير في مسار منتظم إلى حد ما مع بعض الاختلافات. ويكون التحسن تدريجيًّا. وتتراوح المدة من بضعة أشهر إلى أكثر من عام. والصورة الثانية: سوء الهضم، وشحوب الجلد، وتنميل الرأس، والأحلام المزعجة، ونحو ذلك. «يُظهر مسار هذا النموذج تقلبات وتحسنًا أبطأ قليلًا، وتمتد المدة من ستة إلى ثمانية عشر شهرًا». أما الشكل الثالث فيشمل «أوهامًا وهلاوس غير متماسكة تشبه الحلم». وهو في كثير من الأحيان حالة دائمة.[116]

بشكل عام، أشار كريبلين إلىَ أن «المآل الطبي لتلك الحالات ليس مواتيًا، حيث إن ثلث الحالات فقط تتعافى، بينما يعاني الثلثان المتبقيان تدهورًا عقليًّا». وأوصى بالراحة، و«استخدام الأفيون أو المورفين بجرعات متزايدة» وقيودًا غذائية مختلفة. وقد فهرَس أسباب الاكتئاب: «إن الجينات المعيبة هي الأبرز، حيث تكون موجودة فيما بين 70 إلى 80% من الحالات»، وخلص إلى أنه «من بين الأسباب الخارجية، ربما يكون الإفراط في تناول الكحول هو الأبرز». ومن بين الأسباب الأخرى: الصدمة النفسية، والحرمان، والأمراض الحادة. لا يوجد هنا مجال كبير للمبادئ المتشابكة من قبيل الأنا المنقسمة أو افتقاد ثدي الأم. لقد جلب كريبيلين الوضوح التام إلى التشخيص، وهو ما وصفه أحد معاصريه بأنه «ضرورة منطقية وجمالية». وعلى الرغم من أن هذا الوضوح كان مريحًا، فإنه كان خاطئًا في كثير من الأحيان، وفي عام 1920، كان على كريبلين أيضًا أن يعترف بأنه يجب التعامل مع افتراضاته بشروط محدودة. لقد بدأ يُفسح المجال للفكرة الحكيمة القائلة بأن المرض كان دائمًا معقدًا. وقد لخص الطبيب الكندي السير ويليام أوسير طريقة أحدث في التفكير عندما كتب: «لا تخبرني ما هو نوع المرض الذي يعانيه المريض؛ بل أي نوع من المرضى يعاني المرض!».[117]

اتخذ أدولف ماير، وهو مهاجر سويسري إلى الولايات المتحدة تأثر كثيرًا بالفلاسفة الأمريكيين مثل ويليام جيمس وجون ديوي، نهجًا عمليًّا، وبعدما سئم من كلٍّ من كريبلين وفرويد، وفَّق بين ما أصبحا وجهات النظر المتعارضة حول العقل والدماغ. كانت مبادئه، بمجرد توضيحها، عقلانية للغاية لدرجة أنها تبدو بديهية.[118] فيما يتعلق بكريبيلين، كان على ماير أن يقول في النهاية: «إن محاولة تفسير نوبة هستيرية أو قناعات وهمية من خلال تغيرات افتراضية في الخلايا لا يمكننا الوصول إليها أو إثباتها هو في المرحلة الحالية من الفسيولوجيا النسيجية ادعاء لا مبرر له». ووصف الدقة الزائفة لمثل هذا العلم بأنها «حشوٌ عصبي». ومن ناحية أخرى، فقد شعر أيضًا أن الميول الدينية للتحليل النفسي كانت مبالغة حمقاء؛ وقال: «إن أي محاولة لاختراع عدد كبير جدًّا من الأسماء والمصطلحات الجديدة

ستواجه انتقامًا سريعًا»، مضيفًا: «حسي السليم لا يسمح لي بأن أتبنى بشكلٍ أعمى أنساقًا كاملة من النظريات حول الشكل الذي يجب أن يكون عليه الإنسان». وبعد ملاحظة أن «الابتعاد عن الألغاز عديمة الفائدة يحرر كتلة من الطاقة الجديدة»، تساءل أخيرًا: «لماذا يجب علينا الإصرار على «المرض الجسدي»، إذا كان مجرد صيغة لبعض العقبات الغامضة، في حين أن الصعوبات الوظيفية تقدم مجموعة واضحة من الحقائق يمكن التحكم فيها والتعامل معها؟» هذه هي بداية الطب النفسي كعلاج ديناميكي. اعتقد ماير أن الإنسان لديه قدرات تكيفية لا حصر لها، تتجسد في مرونة الفكر. وهو لم يعتقد أن تجربة كل مريض جديد ستؤدي إلى تعريفات مطلقة ورؤى عظيمة؛ بل كان يعتقد أن العلاج يجب أن يعمل على أساس فهم هذا المريض المحدد، وأخبر تلاميذه أن كل مريض هو «تجربة في الطبيعة». قد يكون لدى المرضى استعدادات وراثية، لكن كون هذا الشيء موروثًا لا يعني أنه غير قابل للتغيير. أصبح ماير رئيسًا لقسم الطب النفسي في جامعة جونز هوبكنز، أعظم كلية طب في أمريكا في عصره، ودرب جيلًا كاملًا من الأطباء النفسيين الأمريكيين. وأصبحت زوجته ماري بروكس ماير أول اختصاصية اجتماعية-نفسية في العالم.[119]

جمع ماير بين مفهوم فرويد القائل بأن التجارب المبكرة تُشكل مصير الفرد ومفهوم كريبيلين بأن الجينات هي مَن تُشكله، وتوصل إلى الفكرة الفريدة للتحكم في السلوك. كانت أعظم مساهمة قدمها ماير هو اعتقاده أن الناس قادرون على التغيير، وليس فقط أنه يمكن تحريرهم من المفاهيم الخاطئة وعلاجهم، ولكن يمكنهم تعلم كيفية عيش حياتهم بطريقة تجعلهم أقل عرضة للإصابة بالأمراض العقلية والنفسية. كان مهتمًّا جدًّا بالبيئة الاجتماعية. كان هذا البلد الجديد الغريب، أمريكا، حيث وصل الناس وأعادوا إحياء أنفسهم، مثيرًا بالنسبة إليه، وكان متحمسًا لفكرة التحول الذاتي. أطلق على الجراح اسم «العامل اليدوي» والطبيب «مستخدم الفيزياء»، ثم أطلق على الطبيب النفسي اسم «مستخدم السيرة الذاتية». قال قرب نهاية حياته: «إن هدف الطب هو جعل نفسه غير ضروري؛ أي التأثير على الحياة بحيث يصبح ما هو طب اليوم مجرد شيء بديهي غدًا».[120] وهذا ما فعله ماير. عند قراءة مقالاته العديدة، يجد المرء فيها تعريفًا للتجربة الإنسانية، وهو الإدراك الطبي للنموذج الذي كان مناصروه السياسيون هم توماس جيفرسون وأبراهام لينكولن، الذي كان من بين أبطاله الفنيين ناثانيال هوثورن ووالت ويتمان. إنه نموذج للمساواة والبساطة، حيث يُتخلَّص من الزخرفة الخارجية للكشف عن الطبيعة البشرية مكتبة سُر مَن قرأ الأساسية لكل فرد.

إن ظهور الآراء التحليلية النفسية والكيميائية الحيوية حول الاكتئاب، والممزوجة بنظرية التطور، جعل البشرية معزولة ومغتربة. كان عمل ماير مع المرضى الأمريكيين مثمرًا للغاية، لكن أفكاره في أوروبا لم تجد مثل هذا القبول الفوري. وبدلًا من ذلك، أنتجت أوروبا الفلسفات الجديدة القائمة على اليأس والعزلة في الجزء الأوسط من هذا القرن، وبخاصة الفكر الوجودي لكامو، وسارتر، وبيكيت. وبينما يصور كامو العبثية التي لا توفر سببًا لمواصلة

الحياة ولا سببًا لإنهائها، فإن سارتر ينغمس في عالم أكثر يأسًا. في كتابه الأول عن بداية اليأس الوجودي، يصف العديد من الأعراض النموذجية للاكتئاب الحديث. يقول بطل رواية «الغثيان»: «لقد حدث شيء ما بداخلي، ولم يعد بإمكاني الشك فيه. لقد وصل مثل المرض، وليس كشيء يقيني واضح، بل بغموض وبطء. لقد تسلل إلى داخلي شيئًا فشيئًا بمكر وخبث. لقد شعرت بالغرابة بعض الشيء، والانزعاج قليلًا، هذا كل شيء. وبمجرد أن استقر الأمر، ظل ساكنًا وهادئًا، وتمكنت من إقناع نفسي بأنه لم يكن هناك شيء خاطئ، وأنه كان إنذارًا كاذبًا. وهو الآن يشتد».[121] لاحقًا، يتأمل قائلًا: «الآن فهمت؛ الأشياء هي تمامًا كما تظهر، ولا يوجد شيء خلفها. أنا موجود -العالم موجود- وأنا أعرف أن العالم موجود. هذا كل شيء. لكن لا يُشكل ذلك فارقًا بالنسبة لي. إنه لمن الغريب أن كل شيء لا يُشكل فارقًا بالنسبة لي، الأمر يخيفني». أخيرًا، يختتم قائلًا: «يومض انعكاس خافت لنفسي في وعيي... وفجأة، تشحب «الأنا»، وتتلاشى، وتختفي». ترسم رواية غثيان صورة مبهجة للغاية بالمقارنة مع نصوص صامويل بيكيت المبدعة، حيث لا يمكن لأي عمل أو أي شيء آخر أن يقدم حتى خلاصًا مؤقتًا. بالنسبة إلى بيكيت، الشعور لعنة. يكتب في إحدى رواياته: «ولكن لا يهم سواء وُلدت أم لا، عشت أم لا، مت أم لا. سأستمر في القيام بما كنت أفعله دائمًا، دون أن أعرف ما الذي أفعله، ولا من أنا، ولا أين أنا، أو ما إذا كنت موجودًا».[122] وفي رواية أخرى يصف كيف أن «الدموع تنهمر على خدي من عيني التي لم ترمش. ما الذي يجعلني أبكي هكذا؟ لا يوجد شيء محزن هنا. ربما عقلي هو الذي يبكي. على أية حال، فإن سعادة الماضي قد اختفت من ذاكرتي، على افتراض أنها كانت موجودة من الأساس». إلى أي مدى يمكن للمرء أن يصبح أكثر كآبة؟

في العقود الوسطى من القرن العشرين، كان هناك سؤالان أزعجا علم الأعصاب المتعلق بالاكتئاب. أحدهما هو ما إذا كانت الحالات المزاجية تنتقل عبر الدماغ بنبضات كهربائية أم كيميائية. كان الافتراض الأوَّلي هو أنه إذا كانت هناك تفاعلات كيميائية في الدماغ، فهي تابعة للتفاعلات الكهربائية، لكن لا يوجد دليل يدعم ذلك. والثاني هو ما إذا كان هناك فرق بين الاكتئاب العصبي الداخلي، الذي يأتي من الداخل، والاكتئاب التفاعلي الخارجي، الذي يأتي من الخارج. لقد بدا أن الاكتئاب الداخلي له عوامل خارجية محفزة، وعادةً ما ينتج الاكتئاب التفاعلي من ردود فعل مضطربة تجاه ظروف الحياة وهو ما يشير إلى استعداد داخلي. أظهرت تجارب مختلفة أن أحد أنواع الاكتئاب يستجيب لنوع من العلاج، وآخر لنوع آخر. إن فكرة أن جميع أنواع الاكتئاب تنطوي على تفاعل بين الجينات والبيئة لم تكن مطروحة حتى الربع الأخير من القرن.

على الرغم من أن هذا يرجع جزئيًّا إلى الطبيعة المنقسمة للفكر الحديث حول هذه المسألة، فإنه يرجع أيضًا إلى مشكلة أقدم بكثير. إن المرضى الذين يعانون الاكتئاب يكرهون فكرة انهيارهم في مواجهة الصعوبات التي قد يتحملها شخص آخر. هناك مصلحة اجتماعية في القول بأن الاكتئاب ينجم عن عمليات كيميائية داخلية خارجة عن سيطرة المصاب بطريقة

أو بأخرى. وعلى غرار الطريقة التي أخفى بها الناس في العصور الوسطى معاناتهم بسبب العار، فإن الأشخاص في النصف الأخير من القرن العشرين فعلوا الشيء نفسه في كثير من الأحيان؛ إلا إذا تمكنوا من عزو اكتئابهم إلى عوامل داخلية، واعتباره شيئًا متأصلًا فيهم ويتكشف وفقًا لخطة وراثية لا تتأثر بالعوامل الخارجية. وفي إطار هذا السياق بالتحديد تحظى مضادات الاكتئاب بشعبية كبيرة. لأن وظيفتها داخلية وغير مفهومة نسبيًّا، فلا بد أنها تؤثر على آلية ما لا يمكن للمرء أبدًا التحكم فيها بالعقل الواعي. إنها تعطي إحساسًا بالترف والرفاهية مثل وجود سائق؛ فأنت ببساطة تجلس مسترخيًا في المقعد الخلفي وتسمح لشخص ما أو أي شيء آخر بمواجهة تحديات إشارات المرور ورجال الشرطة والطقس السيئ والقواعد المرورية والازدحام.

اكتُشِفت مضادات الاكتئاب في أوائل الخمسينيات من القرن العشرين. النسخة الأكثر سحرًا من القصة هي أن مجموعة من المرضى الذين عُزلوا بسبب مرض السل وأُعطوا عقار إيبرونيازيد، وهو مركب جديد كان من المفترض أن يدعم الرئة، أصبحوا مبتهجين بشكل غريب.[123] ولم يمض وقت طويل حتى أصبحت هذه المادة تُستخدم لعلاج المرضى غير المصابين بالسل (لم يكن لها تأثير يُذكر بالنسبة إلى مرض السل)، ولذلك فإن اكتشافها سبق اكتشاف طريقة عملها. في الواقع، مسألة ما إذا كانت الأفكار الأساسية جاءت أولًا من ناثان كلاين (الذي اكتشف في الولايات المتحدة عقار إيبرونيازيد، وهو مثبط أوكسيداز أحادي الأمين) أو من لوري وسالزر (اللذين أظهرا، في الولايات المتحدة أيضًا، نتائج جيدة مبكرة باستخدام أيزونيازيد، ومرة أخرى دون معرفة آليته) أو من رولاند كوهن (الذي اكتشف في أثناء عمله في ألمانيا الإيميبرامين، وهو دواء ثلاثي الحلقات) كانت موضوعًا لنقاش قومي واسع النطاق. ونظرًا لأن عقار إيبرونيازيد يسبب اليرقان، فقد سحبته الشركة المصنعة من السوق بعد وقت قصير نسبيًّا من بدء توزيعه. ولم يُوزَّع الإيزونيازيد على نطاق واسع على الإطلاق. ومن ناحية أخرى، يعدُّ إيميبرامين اليوم مضاد الاكتئاب الرسمي لمنظمة الصحة العالمية، وقبل ظهور بروزاك كان هو الدواء الأول المضاد للاكتئاب في العالم. كان اهتمام كوهن بهذه الأدوية قائمًا على التصنيف؛ كان يعتقد أنه يمكن استخدامها في التصنيف والفهرسة التي كان الباحثون النفسيون الألمان مهووسين بها منذ كريبيلين. من ناحية أخرى، بدأ كلاين من التحليل النفسي واكتشف عقاره في أثناء محاولته إثبات نظرية حول موقع طاقة الأنا. وكان لوري وسالزر براجماتيين. ورغم أن دواء كوهن أصبح الأكثر نجاحًا، فإن أجندته فشلت: فلم يكن هناك منطق واضح يحكم الاستجابة لدوائه، وبالتالي لم يحدد فئات الاكتئاب. من ناحية أخرى، تفاجأ كلاين، الذي أراد مساعدة المرضى على التغلب على صدماتهم السابقة، عندما وجد أن الكثير منهم توقفوا عن الاهتمام بصدماتهم الماضية. أما لوري وسالزر، اللذان أرادا فقط جعل الأشخاص المكتئبين أقل اكتئابًا، فقد اقتربا من هدفهما.[124]

كان اكتشاف مضادات الاكتئاب أمرًا مثيرًا، لكن معرفة كيفية عملها أو سبب عملها كان أمرًا مختلفًا تمامًا. قُدِّمت نظرية الناقلات العصبية في عام 1905؛ وعُزِل الأسيتيل كولين في عام 1914؛ وفي عام 1921 أُثبِتت وظيفة الأسيتيل كولين. وفي عام 1933، عُزل السيروتونين، وفي عام 1954، اقترح الباحثون أن السيروتونين في الدماغ قد يكون مرتبطًا بالوظائف العاطفية.[125] وفي عام 1955، ذكرت مقالة نُشرت في مجلة ساينس Science أن السلوك كان في بعض الحالات نتيجة مباشرة للعوامل البيولوجية.[126] إذ تسببت الأدوية التي خفَّضت مستوى السيروتونين في الدماغ على ما يبدو في تخدير الحيوانات أو تشنجها.[127] وفي وقت لاحق من ذلك العام، وجد باحث آخر أن الدواء نفسه تسبب في انخفاض مستويات ناقل عصبي آخر، وهو النورإبينفرين، أيضًا. ويبدو أن محاولات تعزيز النورإبينفرين أدت إلى تطبيع سلوك الحيوانات، ولكن لم يكن لها أي تأثير على النورإبينفرين، الذي ظل مستنزفًا. اتضح أن الدواء المعزز كان يعمل على الدوبامين، وهو ناقل عصبي آخر. النورإبينفرين، والإبينفرين، والدوبامين، والسيروتونين كلها ناقلات عصبية «أحادية الأمين» (تسمى كذلك لأنها تحتوي على حلقة أمين واحدة كجزء من تركيبها الكيميائي)، وكانت الأدوية الجديدة التي بدأت في الاستخدام هي مثبطات أوكسيداز أحادي الأمين، مما أدى إلى رفع مستويات الأمينات الأحادية بشكل فعال في مجرى الدم.[128]

وكان من المفترض أن تؤدي الأدوية ثلاثية الحلقات، التي ثبتت فاعليتها، الوظيفة نفسها؛ لكن الاختبارات أظهرت أنها خفَّضت مستوى النورإبينفرين في مجرى الدم. وأظهرت التجارب الإضافية أن النورإبينفرين، على الرغم من أنه لا يتدفق بحرية في مجرى الدم، لا يزال موجودًا في الجسم، وفي النهاية اقترح جوليوس أكسلرود، وهو عالم أمريكي يعمل في المعهد الوطني للصحة النفسية الذي كان مُنشأ حديثًا آنذاك، فكرة إعادة الامتصاص. وفقًا لهذه الفكرة، أُطلِق النورإبينفرين، ومارس تأثيراته في منطقة تُعرف باسم «الشق المشبكي» (حتى إن بعضه انسكب وخضع لعملية التمثيل الغذائي)، ثم أعيد امتصاصه لاحقًا في العصب نفسه الذي أُطلِق منه. وقال أكسلرود، الذي فاز بجائزة نوبل عام 1970، لاحقًا إنه لو كان يعرف المزيد، لما اقترح قط مثل هذه الفرضية غير المرجحة. ومع ذلك فقد نجحت.[129] وسرعان ما تبين أن الأدوية ثلاثية الحلقات منعت آلية الامتصاص، مما أدى إلى زيادة النورإبينفرين في الشق المشبكي دون رفع مستوياته الإجمالية في الجسم ومجرى الدم.

على مدار الأعوام العشرين التالية، ناقش العلماء أي الناقلات العصبية هي الأكثر أهمية حقًّا. استُبدلت بالفكرة الأصلية القائلة بأن السيروتونين هو الأكثر أهمية رؤية جديدة تظهِر أن المزاج يتأثر بشدة بالنورإبينفرين. جمع مقال جوزيف شيلدكراوت عام 1965 في المجلة الأمريكية للطب النفسي كل هذه المعلومات واقترح نظرية متماسكة: أن العاطفة تُنظَّم بواسطة النورإبينفرين، والأدرينالين، والدوبامين (مجموعة تسمى مجتمعة الكاتيكولامينات)؛ وأن مثبطات الأوكسيداز أحادي الأمين تمنع تحلل هذه المواد وبالتالي تزيد كميتها في الدماغ،

وبالتالي في الشق المشبكي؛ وأن الأدوية ثلاثية الحلقات، عن طريق تثبيط إعادة الامتصاص، تزيد أيضًا من الكاتيكولامينات في الشق المشبكي.[130]

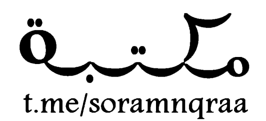
كان نشر هذه النظرية بمنزلة الانقسام النهائي بين المحللين النفسيين وعلماء الأحياء العصبية. وعلى الرغم من أن نظريات الشق المشبكي لم تكن في الواقع غير متوافقة تمامًا مع نظريات تسامي الأنا، فإنها كانت مختلفة تمامًا لدرجة أنه بدا لمعظم الأشخاص الذين كانوا قريبين من أي منهما أنه لا يمكن للاثنين أن يكونا صحيحين. تُشكك الأبحاث الحديثة بشكل مقنع في معظم افتراضاتنا حول عمل الأدوية المضادة للاكتئاب وتبحث في الثغرات الموجودة في حجة شيلدكراوت المؤثرة. العديد من الحجج الجديدة معقدة وأكاديمية للغاية، لكن جوهرها هو أنه على الرغم من أنه من الصحيح أن بعض المركبات تؤثر على مستويات الكاتيكولامينات وتكون مضادات فعالة للاكتئاب، فإنه ليس من الواضح كيف ترتبط هاتان الحقيقتان؛ وتبين دراسة أكثر شمولًا أن العديد من المواد التي تؤثر على مستوى الكاتيكولامينات في الدماغ ليس لها تأثيرات مضادة للاكتئاب.[131]

النظرية المشتقة بشكل مباشر من فكر شيلدكراوت هي نظرية السيروتونين، وهي متشابهة مع نظريته إلى حد كبير ولكن مع ناقل عصبي مختلف. إن نظريات إعادة الامتصاص، التي اهتمت في البداية بكمية الناقلات العصبية في الشق المشبكي، أدت إلى ظهور نظريات المستقبلات، التي تُركز على وجهة الناقلات العصبية بدلًا من الناقلات العصبية نفسها. تشير هذه النظريات إلى أنه إذا لم يعمل المُستقبِل بشكل صحيح، فقد يتصرف الدماغ كما لو أنه قد استنفد الناقلات العصبية حتى عندما يكون لديه إمداد وافر منها. وقد تبين منذ ذلك الحين أن المستويات العالية من الناقلات العصبية يمكن أن تتسبب في إزالة حساسية المستقبلات. كانت نظريات المستقبلات، التي صاغتها لأول مرة مجموعة من العلماء الاسكتلنديين في عام 1972، تحتوي على عدد من الثغرات مثل نظريات إعادة الامتصاص؛ فبعض المواد التي ترتبط بالمستقبلات ليس لها صفات مضادة للاكتئاب، وبعض الأدوية المضادة للاكتئاب الفعالة للغاية (ميانسيرين وإيبريندول، على سبيل المثال) لا ترتبط بالمستقبلات أو تؤثر على مستويات الناقلات.[132] علاوة على ذلك، فإن المستقبلات ليست كيانات ثابتة، أو موانئ تعود إليها السفن مرارًا وتكرارًا، بل هي تتغير باستمرار، ويمكن تغيير عددها في الدماغ بسهولة. ففي غضون نصف ساعة من تناول الدواء، يمكنك تغيير مستوى الناقلات العصبية في الشقوق المشبكية وعدد المستقبلات وموقعها.

تقول نظرية نُشرت عام 1976 إن التأخر في الاستجابة لمضادات الاكتئاب المبكرة كان بسبب مجموعة واحدة من المستقبلات، مستقبلات بيتا الأدرينالية، التي تُبطل معظم مضادات الاكتئاب حساسيتها بعد بضعة أسابيع. وهذه نظرية أخرى لم تُثبَت أو تُنفَ؛ بل تُجوهِلت في أغلب الأحيان منذ ظهور مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية ومحاولة إعادة تعريف الاكتئاب باعتباره مشكلة في نظام السيروتونين. في وقت مبكر من عام 1969، اقترح أرفيد

كارلسون أن فاعلية مضادات الاكتئاب الموجودة قد تكون بسبب تأثيراتها المحيطية على السيروتونين، بدلًا من تأثيراتها الأولية على النورإبينفرين والإبينفرين والدوبامين. وقد أخذ هذه الفكرة إلى شركة جيجي Geigy، إحدى الشركات الرئيسية المُصنعة لمضادات الاكتئاب، لكنهم قالوا إن فكرة مضاد الاكتئاب الذي يستهدف نظام السيروتونين لم تكن مثيرة للاهتمام بالنسبة إليهم. وفي الوقت نفسه، في السويد، بدأت مجموعة من العلماء في تجربة تغيير بنية مضادات الاكتئاب الموجودة، وطوروا أول دواء للسيروتونين في عام 1971. وبعد تسع سنوات من الاختبار، أُنتِج في أوروبا في عام 1980. ولكن لسوء الحظ، مثل العديد من الأدوية الواعدة من قبله، كان له آثار جانبية خطيرة، وعلى الرغم من النجاحات السريرية، فإنه سرعان ما سُحب من السوق. كان كارلسون يعمل مع باحثين دنماركيين، وأطلقوا دواء الإيتالوبرام (سيليكسا)، وهو أول دواء سيروتونين قابل للاستخدام وما زال الأكثر شعبية في أوروبا، في عام 1986. وبينما كانت هناك المزيد من النظريات المتداولة حول طريقة عمل هذه الأدوية، طور العالم الأمريكي ديفيد وونج، الذي يعمل في شركة إيلي ليلي، عقارًا آخر يستهدف السيروتونين في عام 1972، يسمى فلوكستين. أرادت شركة ليلي استخدام هذا الدواء كمضاد لارتفاع ضغط الدم، لكنه لم يكن فعالًا بشكل خاص، وفي أوائل الثمانينيات بدؤوا النظر في إمكانياته كمضاد للاكتئاب. وفي عام 1987، أُنتِج تحت اسم بروزاك.[133] وتبعته سريعًا مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية الأخرى بسرعة. كان فلوفوكسامين (لوفوكس/ فافرين) متوفرًا بالفعل في أوروبا وسرعان ما أصبح متاحًا في الولايات المتحدة. أُطلِق كل من سيرترالين (زولوفت/لوسترال)، وباروكسيتين (باكسيل/سيروكسات)، وفينلافاكسين (إيفكسور) في غضون عشر سنوات. هذه المركبات، التي تمنع جميعها إعادة امتصاص السيروتونين، متنوعة من الناحية الهيكلية وجميعها متعددة الوظائف.[134]

إن أحدث العلوم المتعلقة بالاكتئاب تعكس اقتراح أبقراط بأن الاكتئاب مرض يصيب الدماغ ويمكن علاجه بالعلاجات عن طريق الفم؛ لقد كان علماء القرن الحادي والعشرين الميلادي أفضل في صياغة العلاجات مقارنة بعلماء القرن الخامس قبل الميلاد، لكن التصورات الأساسية في جوهرها هي ذاتها. وفي الوقت نفسه، تتوافق النظريات الاجتماعية مع نمط التفكير الأرسطي، على الرغم من أن تطور بعض أنواع العلاج النفسي كان أكثر تعقيدًا من أسلافه البعيدة. الأمر الأكثر إثارة للقلق هو أن هذين النوعين من الرؤى لا يزالان محل جدل كبير كما لو أن الحقيقة لا تكمن بينهما بل في مكان آخر.



الفصل التاسع

الفقر

يتجاوز الاكتئاب الحدود الطبقية، لكن علاجاته لا تفعل ذلك. وهذا يعني أن معظم الفقراء والمكتئبين يظلون فقراء ومكتئبين؛ بل في الواقع، كلما طالت فترة بقائهم فقراء ومكتئبين، زاد فقرهم واكتئابهم. فالفقر يسبب الاكتئاب والاكتئاب يسبب الفقر، ويؤدي إلى الاختلال الوظيفي والعزلة.[1] وفي حين أن الأفراد المترفين يسعون عادةً إلى الحصول على بعض المساعدة الفورية عندما تنتابهم هذه الحالة، فإن الفقراء المكتئبين يعتبرون أنفسهم عاجزين للغاية، مما يجعلهم مترددين في طلب الدعم أو قبوله. ويؤدي هذا إلى انفصالهم عن العالم من حولهم، ويجعلهم يشعرون بانعدام الإرادة الحرة، مما يضاعف التحديات التي يواجهونها.

عندما يصيب الاكتئاب شخصًا من الطبقة المتوسطة، فمن السهل نسبيًّا التعرف عليه. فحياتك حينها تكون تسير بشكل جيد وفجأة تبدأ في الشعور بالسوء طوال الوقت، ولا تستطيع العمل بمستوى جيد؛ ولا يكون لديك الإرادة ولا الرغبة للذهاب إلى العمل؛ ولا أي شعور بالسيطرة على حياتك؛ ويبدو لك أنك لن تنجز أي شيء أبدًا، وأن الإنجاز في حد ذاته لا معنى له. وعندما تصبح منعزلًا بشكل متزايد، ومع اقترابك من التبلد التام، تبدأ في جذب انتباه الأصدقاء وزملاء العمل والعائلة، الذين لا يستطيعون فهم سبب تخليك عن الكثير مما كان يسعدك دائمًا. إن اكتئابك لا يتوافق مع واقعك الخاص ولا يمكن تفسيره في واقعك العام.

لكن إذا كنت في أسفل السلم الاجتماعي، فقد تصبح العلامات أقل وضوحًا على الفور. فبالنسبة إلى الفقراء البائسين والمضطهدين، كانت الحياة دائمًا رديئة ولم يشعروا قط بالرضا عنها؛ ولم يتمكنوا قط من الحصول على وظيفة لائقة أو الاحتفاظ بها؛ ولم يتوقعوا قط

إنجاز أي شيء كبير؛ ومن المؤكد أن فكرة السيطرة على مصيرهم لم تخطر على بالهم قط. إن الحالة الطبيعية لهؤلاء الأشخاص تشترك كثيرًا مع الاكتئاب، وبالتالي يكون هناك صعوبة في تحديد الأعراض لديهم. إذ ما الذي يمكن اعتباره من الأعراض؟ وما الذي يمكن اعتباره استجابة معقولة وليس عرضًا من أعراض الاكتئاب؟ هناك فارق شاسع بين مجرد العيش حياة صعبة والإصابة باضطراب في المزاج، وعلى الرغم من أنه من الشائع افتراض أن الاكتئاب هو النتيجة الطبيعية لمثل هذه الحياة، فإن الواقع في كثير من الأحيان يكون عكس ذلك تمامًا. إن الصراع مع الاكتئاب المُنهك يمكن أن يعيق الأفراد عن تحقيق أي شيء جوهري في حياتهم، مما يتركهم عالقين في أدنى طبقة اجتماعية واقتصادية وتصبح فكرة مساعدة أنفسهم عبئًا ثقيلًا. إن معالجة الاكتئاب الذي يعانيه الأفراد الفقراء يمكن أن تفتح لهم الباب لاكتشاف القدرات الكامنة داخل أنفسهم والكفاءة والسعادة.

يعد الاكتئاب مجالًا كبيرًا مليئًا بالفئات الفرعية، وقد دُرِست العديد منها بشكل مطول من قبيل: الاكتئاب بين النساء[2]؛ والاكتئاب بين الفنانين[3]؛ والاكتئاب بين الرياضيين[4]؛ والاكتئاب بين مدمني الكحول[5]، والقائمة تطول وتطول. ومع ذلك، من الواضح أنه لم يُنجَز سوى القليل من العمل بشأن الاكتئاب بين الفقراء. وهذا أمر غريب، لأن الاكتئاب يحدث بشكل أكبر بين الأشخاص الذين يعيشون تحت خط الفقر مقارنة بالسكان العاديين[6]؛ في الواقع، فإن معدل الاكتئاب لدى المستفيدين من الرعاية الاجتماعية هو ثلاثة أضعاف معدل الاكتئاب لدى عامة السكان. لقد أصبح من المألوف الحديث عن الاكتئاب بمعزل عن أحداث الحياة. إن معظم الفقراء المصابين بالاكتئاب لديهم في الواقع عدة سمات تتوافق مع بدايات الاكتئاب. إن الصعوبات الاقتصادية التي يواجهونها ليست سوى بداية مشكلاتهم. فهم غالبًا ما يكونون في علاقات سيئة مع الوالدين أو الأطفال أو الأصدقاء أو الصديقات أو الأزواج أو الزوجات. كما لا يكونون متعلمين جيدًا، ولا يكون لديهم ما يصرفهم بسهولة عن حزنهم أو معاناتهم، مثل الوظائف المُرضية أو السفر الممتع، وليس لديهم التوقعات الأساسية للمشاعر الطيبة. إننا في خضم سعينا لإضفاء الطابع الطبي على الاكتئاب، كنا نميل إلى اقتراح أن الاكتئاب «الحقيقي» يحدث دون وجود عوامل خارجية. لكن هذا ببساطة غير صحيح. إذ يعاني الكثير من الفقراء في أمريكا الاكتئاب؛ وليس فقط الشعور بالتعب، والشعور بأنهم في القاع، ولكن أيضًا المرض السريري الذي تشمل أعراضه العزلة الاجتماعية، وعدم القدرة على النهوض من السرير، واضطرابات الشهية، والخوف المفرط أو القلق، والتهيج الشديد والعدوان غير المنتظم وعدم القدرة على رعاية الذات أو الآخرين. والواقع أن كل المعوزين في أمريكا، لأسباب واضحة، غير راضين عن وضعهم. لكن العديد منهم، بالإضافة إلى ذلك، مصابون بالشلل بسببه، وغير قادرين من الناحية الفسيولوجية على تصور أو اتخاذ تدابير لتحسينه. وفي هذا العصر الذي يتسم بإصلاح نظام الرعاية الاجتماعية، فإننا نطالب الفقراء بأن ينهضوا بأنفسهم، ولكن الفقراء الذين يعانون الاكتئاب الشديد لا يملكون أي موارد للنهوض

ولا يستطيعون النهوض بأنفسهم. وبمجرد ظهور الأعراض، لا يمكن لبرامج إعادة التثقيف ولا مبادرات المواطنة المدنية أن تساعدهم. إن ما يحتاجون إليه هو التدخل النفسي بالأدوية والعلاج. لقد ثبت بوضوح في العديد من الدراسات المستقلة في جميع أنحاء البلاد أن مثل هذا التدخل غير مكلف نسبيًّا وفعال للغاية، وأن معظم المكتئبين المعوزين، الذين تحرروا من اكتئابهم، حريصون على تحسين أنفسهم.(7)

إن العوز مُحفز جيد للاكتئاب، والتخفيف من العوز هو محفز جيد للتعافي. لقد كان تركيز السياسة الليبرالية مُنصبًّا على تخفيف الأهوال الخارجية لحياة المعوزين، على افتراض أن هذا من شأنه أن يجعل الناس أكثر سعادة. ولا ينبغي أبدًا التقليل من هذا الهدف أو الاستغناء عنه. لكن في بعض الأحيان يكون تخفيف الاكتئاب أكثر جدوى من علاج العوز. هناك اعتقاد شائع بأنه لا بد من علاج البطالة قبل معالجة مسألة الصحة النفسية للعاطلين عن العمل. وهذا تفكير غير سليم. إذ قد يكون إصلاح مشكلة الصحة النفسية هو الطريقة الأكثر موثوقية لإعادة الناس إلى القوى العاملة. في هذه الأثناء، أعرب بعض المدافعين عن المحرومين عن قلقهم من إضافة دواء بروزاك إلى مياه الصنبور لمساعدة البائسين على تحمل ما لا يطاق. لسوء الحظ، فإن بروزاك لا يجعل البائسين سعداء ولا يبقيهم سعداء، وبالتالي فإن السيناريو الشمولي الأبوي الذي رسمه المذعورون الاجتماعيون ليس له أي أساس في الواقع. إن التعامل مع عواقب المشكلات الاجتماعية لن يغني أبدًا عن حلها. ومع ذلك، قد يتمكن الأشخاص الفقراء الذين تلقوا العلاج المناسب من العمل بالتنسيق مع السياسات الليبرالية لتغيير حياتهم، ويمكن أن تؤدي هذه التغييرات إلى تحولٍ في المجتمع ككل.

إن الحجج الإنسانية لعلاج الاكتئاب بين الفقراء والمعوزين سليمة؛ كما أن الحجج الاقتصادية هي سليمة على الأقل بالقدر نفسه. إذ يُشكل الأشخاص المكتئبون ضغطًا هائلًا على المجتمع؛ إذ إن 85 إلى 95% من الأشخاص المصابين بأمراض نفسية خطيرة في الولايات المتحدة عاطلون عن العمل.(8) وعلى الرغم من أن العديد منهم يكافحون من أجل عيش حياة مقبولة اجتماعيًّا، فإن آخرين ينجرفون إلى تعاطي المخدرات وسلوكيات التدمير الذاتي، وأحيانًا يكونون عنيفين، كما أنهم ينقلون هذه المشكلات إلى أطفالهم، الذين من المرجح أن يعانوا مشكلات نفسية أيضًا. فعندما لا تُعالَج الأم الفقيرة المكتئبة، فإن أطفالها عادة ما ينتهي بهم الأمر إلى أنظمة الرعاية الاجتماعية والسجون؛ فأبناء الأمهات المصابات بالاكتئاب غير المُعالَج هم أكثر عرضة لأن يصبحوا أحداثًا منحرفين مقارنة بالأطفال الآخرين. وتمر بنات الأمهات المكتئبات بمرحلة البلوغ في وقت مبكر عن الفتيات الأخريات(9)، ويرتبط هذا في أغلب الأحيان بممارسة العديد من العلاقات الجنسية والحمل المبكر وعدم الاستقرار العاطفي.(10) ولذا فإن تكلفة علاج الاكتئاب في هذا المجتمع تعتبر متواضعة بالمقارنة مع تكلفة عدم علاجه.

من الصعب للغاية العثور على أي فقراء تلقوا علاجًا مستدامًا للاكتئاب، لأنه لا توجد برامج متماسكة في الولايات المتحدة لتحديد أو علاج الاكتئاب لدى هذه الفئة من السكان. إن المستفيدين من برنامج ميد-كيد Medicaid للرعاية الصحية مؤهلون للحصول على رعاية واسعة النطاق ولكن يتعين عليهم أن يطالبوا بها، ونادرًا ما يمارس الأشخاص المصابون بالاكتئاب حقوقهم أو يطالبون بما ينبغي أن يكون لهم، حتى لو كانوا يتمتعون بالحنكة اللازمة للتعرف على حالتهم.[11] إن برامج الدعم والمتابعة[12] -التي تبحث عن الأشخاص الذين قد يحتاجون إلى العلاج وتقدم لهم هذا العلاج، حتى لو كان هؤلاء الأشخاص غير راغبين في طلب المساعدة- لها ما يبررها أخلاقيًّا، لأن أولئك الذين أُغووا بالعلاج يكونون دائمًا سعداء بحصولهم على مثل هذا الاهتمام؛ لأن المقاومة غالبًا ما تنبع من المرض نفسه. تَعِد العديد من الولايات ببرامج علاج مناسبة إلى حد ما لأولئك المعوزين الذين يعانون الاكتئاب، الذين يمكنهم زيارة المكاتب الصحيحة، وملء النماذج الصحيحة، والانتظار في الطوابير، وتوفير ثلاثة أنواع من بطاقات الهوية المصورة، والبحث والتسجيل في البرامج، إلخ. وقليل من الأشخاص المكتئبين المعوزين لديهم هذه القدرات. إن الوضع الاجتماعي والمشكلات الخطيرة التي يعانيها المكتئبون المعوزون تجعل من المستحيل عليهم العمل على هذا المستوى. لذا فإن العلاج الفعال للمكتئبين المعوزين لا بد أن يتضمن معالجة مرضهم قبل معالجة السلبية التي يتعاملون بها عادةً مع المرض.

يقول ستيفن هايمان، مدير المعهد الوطني للصحة النفسية في معرض حديثه عن برامج المساعدة والتدخل في مجال الصحة النفسية: «الأمر لا يحدث من خلال خطف المرضى وكأنك عميل من الكي جي بي (الاستخبارات الروسية) تظهر فجأة من شاحنة طويلة وتسحبهم إليها. ولكن عليك أن تبحث عن هؤلاء الأشخاص وتحاول معهم مرارًا وتكرارًا. ويمكنك أن تفعل ذلك في برامج العمل. إذا كنت ترغب في الحصول على الانتقال الأكثر فاعلية من الرعاية الاجتماعية إلى العمل، فهذا مكان جيد للبدء. ربما تكون تجربة غير مسبوقة في حياة هؤلاء الأشخاص أن يكون هناك شخص مهتم بهم حقًّا». ويشعر معظم الناس في البداية بعدم الارتياح تجاه التجارب غير المسبوقة. عادةً ما يكون الأشخاص اليائسون الذين لا يحبون المساعدة غير قادرين على الاعتقاد بأن المساعدة ستحررهم. ولا يمكن إنقاذهم إلا من خلال التشجيع والجهود المستمرة التي تغذيها الحماسة التبشيرية لتحقيق نتائج إيجابية.

ومن الصعب إجراء تقديرات رقمية محددة للتكاليف المرتبطة بخدمة هذه الفئة، ولكن 13.7% من الأمريكيين يعيشون تحت خط الفقر[13]، ووفقًا لدراسة حديثة، فإن نحو 42% من أرباب الأسر الذين يتلقون «مساعدات الأسر التي لديها أطفال معالون» (AFDC) يستوفون معايير الاكتئاب السريري[14]؛ أي أكثر من ضعف المعدل المعتاد. وتستوفي نسبة مذهلة تبلغ 53% من الأمهات الحوامل المعايير نفسها.[15] ومن ناحية أخرى، فإن الأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسية هم أكثر عرضة بنسبة 38% للحصول على إعانات الرعاية

الاجتماعية مقارنة بأولئك الذين لا يعانونها.[16] إن فشلنا في التعرف على المعوزين المكتئبين وعلاجهم ليس أمرًا قاسيًا فحسب، بل إنه مكلف أيضًا. تؤكد شركة ماثيماتيكا بوليسي ريسيرش، وهي منظمة تجمع إحصاءات القضايا الاجتماعية، أن «نسبة كبيرة من السكان الذين يتلقون الرعاية الاجتماعية... لديهم حالات صحية نفسية غير مُشخصة و/أو غير معالجة»، وأن تقديم الخدمات لهؤلاء الأفراد من شأنه أن «يعزز قابليتهم للتوظيف». تنفق حكومات الولايات والحكومة الفيدرالية ما يقرب من 20 مليار دولار سنويًّا في شكل دعم مادي للبالغين الفقراء من غير المسنين وأطفالهم[17]، وتنفق المبلغ نفسه تقريبًا على قسائم الطعام لهذه العائلات. إذا وضعنا تقديرًا متحفظًا مفاده أن 25% من الأشخاص الذين يحصلون على الرعاية الاجتماعية يعانون الاكتئاب، وأن نصفهم يمكن علاجه بنجاح، وأن ثلثي هذه النسبة يمكن أن يعودوا إلى العمل الإنتاجي، على الأقل بدوام جزئي، مع الأخذ في الاعتبار تكاليف العلاج، فإن ذلك لا يزال بإمكانه أن يؤدي إلى خفض تكاليف الرعاية الاجتماعية بنسبة تصل إلى 8%، وهو ما يعني توفير ما يقرب من 3.5 مليار دولار سنويًّا. ولأن حكومة الولايات المتحدة توفر أيضًا الرعاية الصحية وغيرها من الخدمات لمثل هذه الأسر، فإن ما يمكن توفيره حقًّا قد يكون أكبر بكثير من هذا الرقم. في الوقت الحالي، لا يجري مسؤولو الرعاية الاجتماعية فحصًا منهجيًّا للاكتئاب؛ إذ تُدار برامج الرعاية الاجتماعية بشكل أساسي من قِبل المسؤولين الذين لا يقومون إلا بالقليل من العمل الاجتماعي. إن ما يوصف عادة في تقارير الرعاية الاجتماعية بأنه عدم امتثال متعمد هو في كثير من الحالات بسبب مشكلات نفسية. وفي حين يميل الساسة الليبراليون إلى التأكيد على أن وجود طبقة من الفقراء البائسين هو النتيجة الحتمية لاقتصاد السوق الحر (وبالتالي لا يخضع للتصحيح من خلال العلاجات النفسية)، فإن اليمينيين يميلون إلى رؤية المشكلة باعتبارها مشكلة كسل (وبالتالي لا تخضع للتصحيح من خلال العلاجات النفسية). في الواقع، بالنسبة إلى العديد من الفقراء، لا تكمن المشكلة في غياب فرص العمل ولا في غياب الدافع نحو العمل، بل في المعوقات النفسية الشديدة التي تجعل العمل مستحيلًا.[18]

تُجرى الآن بعض الدراسات التجريبية حول الاكتئاب بين المعوزين. لقد اعتاد عدد من الأطباء الذين يعملون في مؤسسات الصحة العامة معالجة هذه الفئة من السكان، وقد أثبتوا أن مشكلات المكتئبين المعوزين يمكن التحكم فيها. ظلت جين ميراندا، وهي عالمة النفس في جامعة جورج تاون، منذ عشرين عامًا تدافع عن الرعاية الصحية النفسية السليمة لسكان المدن الداخلية.[19] وقد أكملت مؤخرًا دراسة علاجية للنساء في مقاطعة برينس جورج بولاية ميريلاند، وهي منطقة فقيرة خارج واشنطن العاصمة. وبما أن خدمات عيادات تنظيم الأسرة هي الرعاية الطبية الوحيدة المتاحة للسكان المعوزين في ماريلاند، فقد اختارت ميراندا بعض الأشخاص عشوائيًّا لإجراء فحوصات للاكتئاب. ثم سجلت بعد ذلك أولئك الذين اعتبرتهم مصابين بالاكتئاب في بروتوكول علاجي لتلبية احتياجاتهم المتعلقة بالصحة النفسية. وأجرت

إميلي هوينشتاين، من جامعة فيرجينيا، مؤخرًا دراسة علاجية للاكتئاب بين النساء الريفيات. فقد بدأت بالبحث عن الأطفال المضطربين وانتقلت إلى علاج أمهاتهم. وقد أسست عملها في مقاطعة باكنجهام في ريف فيرجينيا، حيث توجد معظم الوظائف في السجون أو في عدد قليل من المصانع، وحيث يعاني جزء كبير من السكان الأمية، وحيث لا يستطيع ربع السكان الوصول إلى الهاتف، وحيث يعيش الكثير من الناس في مساكن دون المستوى المطلوب دون عزل، ولا مرحاض داخلي، وفي كثير من الأحيان دون حتى مياه جارية. أخرجت كل من ميراندا وهوينشتاين متعاطي المخدرات من بروتوكولاتهم، وأحالتاهم إلى برامج إعادة التأهيل. وظل جلين تريسمان، من مستشفى جامعة جونز هوبكنز، على مدى عقود من الزمن يدرس ويعالج الاكتئاب بين السكان المعوزين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في بالتيمور، ومعظمهم من متعاطي المخدرات أيضًا. لقد أصبح طبيبًا معالجًا ومدافعًا صريحًا عن هذه الفئة من الأشخاص. يستخدم كل من هؤلاء الأطباء أساليب رعاية مستمرة، وتبلغ تكلفة المريض في الأخير أقل بكثير من 1000 دولار سنويًّا.[20]

إن نتائج هذه الدراسات متسقة بشكل مدهش. لقد مُنحتُ حق الوصول الكامل إلى المرضى في كل هذه الدراسات، ولدهشتي، اعتقد كل من قابلته أن حياته قد تحسنت قليلًا على الأقل في أثناء العلاج. كل أولئك الذين تعافوا من الاكتئاب الشديد، بغض النظر عن مدى فظاعة ظروفهم، بدؤوا في التحسن التدريجي. لقد شعروا بالتحسن تجاه حياتهم وعاشوا أيضًا بشكل أفضل. بدؤوا يصبحون أكثر فاعلية، وحتى عندما واجهوا عقبات يصعب التغلب عليها، تغلبوا عليها وتقدموا وكان التقدم سريعًا في كثير من الأحيان. كانت القصص المروعة عن حياتهم تفوق بكثير أي شيء كنت أتوقعه، لدرجة أنني راجعت القصص مرارًا وتكرارًا مع أطبائهم المعالجين، وتساءلت عما إذا كان من الممكن أن تكون دقيقة حقًّا. وكذلك كانت قصص تعافيهم مذهلة. وعندما التقيت فقراء كانوا يُعالَجون من الاكتئاب، دائمًا ما كنت أسمع أصوات الدهشة والتساؤل: كيف، بعد أن سارت أمور كثيرة على نحو خاطئ، انتشلتهم هذه المساعدة من محنتهم وغيرت حياتهم بأكملها؟ قالت إحدى النساء: «طلبت من الرب أن يرسل لي ملاكًا، واستجاب لدعائي».

عندما كانت لولي واشنطن -التي كانت جزءًا من دراسة جين ميراندا- في السادسة من عمرها، بدأت إحدى صديقات جدتها المدمنة على الكحول في الاعتداء عليها جنسيًّا. وفي الصف السابع، «شعرت أنه لا يوجد سبب للاستمرار في الحياة. كنت أقوم بواجباتي المدرسية وكل شيء، لكنني لم أكن سعيدة بأي شكل من الأشكال». بدأت لولي بالانعزال. «كنت أظل وحدي وأتجنب الناس. اعتقد الجميع أنني لا أستطيع التحدث لفترة من الوقت، لأنني ظللت لبضع سنوات لا أقول أي شيء لأحد تقريبًا». ومثل العديد من ضحايا الاعتداءات والإساءات، اعتقدت لولي أنها قبيحة وغير ملائمة لأي شيء. كان شريكها الأول وحشيًّا جسديًّا ولفظيًّا، وبعد ولادة طفلها الأول، عندما كانت في السابعة عشرة من عمرها، تمكَّنت من الهروب منه

بأعجوبة. وبعد بضعة أشهر خرجت مع أختها وابن عمها وصديق قديم للعائلة «الذي كان دائمًا مجرد صديق؛ صديق جيد حقًّا. كنا جميعًا في منزله، وكنت أعلم أن والدته تحتفظ ببعض الزهور الجميلة على خزانة ملابسها. لذلك ذهبت لألقي نظرة عليها لأنني أحب الزهور. وفجأة، بطريقة ما، اختفى كل مَن في المنزل، ولم أكن أعرف. ثم اغتصبني، بعنف، وظللت أصرخ وأصرخ ولم يستجب أحد. ثم نزلنا إلى الطابق السفلي وركبنا السيارة مع أختي. لم أستطع التحدث، كنت خائفة للغاية، وأنزف».

حملت لولي وأنجبت طفل الاغتصاب. وبعد فترة وجيزة، التقت رجلًا آخر وتزوجته تحت ضغط الأسرة على الرغم من أنه كان يسيء معاملتها أيضًا. قالت لي: «لم يكن يوم زفافي بأكمله طبيعيًّا. كان الأمر أشبه بالذهاب إلى جنازة. لكنه كان أفضل خيار لدي». وقد أنجبت منه ثلاثة أطفال آخرين في العامين ونصف العام التاليين. «كان يسيء معاملة الأطفال أيضًا، على الرغم من أنه هو مَن أراد الإنجاب، وكان يشتم ويصرخ طوال الوقت، ويضربهم على أبسط الأشياء، لم أستطع تحمل ذلك، ولم أستطع حمايتهم منه».

بدأت لولي تعاني اكتئابًا شديدًا. «كان لدي عمل ولكنني اضطررت إلى الاستقالة لأنني لم أستطع القيام به. لم أكن أرغب في النهوض من السرير وشعرت أنه لا يوجد سبب لفعل أي شيء. أصبح جسدي هزيلًا وصرت أفقد المزيد والمزيد من الوزن. لم أكن أستيقظ لتناول الطعام أو أي شيء. لم أكن أهتم بأي شيء. في بعض الأحيان كنت أجلس وأظل أبكي وأبكي. أبكي فقط. أردت أن أكون وحدي. كانت أمي ترعى الأطفال، حتى بعد أن بُترت ساقها، نتيجة إصابتها برصاصة طائشة في ذلك الوقت. لم يكن لدي ما أقوله لأطفالي. وبعد أن يغادروا المنزل، كنت أذهب إلى السرير وأغلق الباب. كنت أشعر بالخوف عندما يعودون إلى المنزل، في الساعة الثالثة، وكان يحين ذلك الوقت بسرعة كبيرة. كان زوجي يقول لي إنني غبية، ومتبلدة، وقبيحة. تعاني أختي مشكلة تعاطي الكوكايين، ولديها ستة أطفال، وكان عليَّ أن أتعامل مع الطفلين الصغيرين، وقد وُلِد أحدهما مريضًا بسبب المخدرات. كنت متعبة. متعبة للغاية». بدأت لولي بتناول الحبوب، ومعظمها مسكنات للألم. «كنت أتناول الكثير من الباراسيتامول أو أي مسكن للألم، أو حتى أي شيء يمكنني الحصول عليه لأستطيع النوم».

أخيرًا، في أحد الأيام، وفي استعراض غير عادي للطاقة، ذهبت لولي إلى عيادة تنظيم الأسرة لإجراء ربط قناة فالوب. ففي الثامنة والعشرين من عمرها، كانت مسؤولة عن أحد عشر طفلًا، وأرعبتها فكرة وجود طفل آخر. وقد تصادف أنها دخلت عندما كانت جين ميراندا تبحث عن مشاركين في دراستها. تقول ميراندا متذكرة: «لقد كانت مكتئبة بالتأكيد، مثل أي مكتئب رأيته في حياتي»، وسرعان ما أدخلتها في العلاج الجماعي. تقول لولي: «أخبروني أنني مصابة بالاكتئاب، وكان من دواعي ارتياحي معرفة أن هناك مشكلة محددة. لقد طلبوا مني الحضور إلى اجتماع، وكان ذلك صعبًا للغاية. لم أتحدث عندما ذهبت إلى هناك، لكنني بكيت طوال الوقت». الحكمة الشائعة في الطب النفسي هي أنه لا يمكنك مساعدة إلا أولئك

الذين يريدون مساعدة أنفسهم وسيلتزمون بالمواعيد والعلاجات بأنفسهم، لكن هذا غير صحيح في هذه الفئة. «ثم استمروا في الاتصال بي وطلبوا مني أن آتي، وألحوا عليَّ وأصروا وبدا أنهم لن يتركوني. حتى إنهم جاؤوا وأخذوني من منزلي ذات مرة. لم تعجبني اللقاءات الأولى. لكنني استمعت إلى النساء الأخريات وأدركت أنهن يعانين المشكلات نفسها التي كنت أواجهها، وبدأت أخبرهن بأشياء لم أخبر أحدًا بها من قبل. وقد سألنا المعالج أسئلة كثيرة لتغيير طريقة تفكيرنا. وشعرت بنفسي أتغير، وبدأت أصبح أقوى، وبدأ الجميع يلاحظون ذلك».

وبعد شهرين، أخبرت لولي زوجها أنها ستغادر. لقد حاولت إدخال أختها إلى مركز إعادة التأهيل، وعندما رفضت، قاطعتها لولي. «كان عليَّ أن أتخلص من الاثنين اللذين كانا يسحبانني إلى الأسفل. لم يكن هناك جدال لأنني لم أرد أو أتناقش. كان زوجي يحاول إخراجي من المجموعة لأنه لم يعجبه التغيير الذي رآه فيَّ. قلت له ببساطة: «لقد رحلت». كنت قوية جدًّا، وسعيدة للغاية. خرجت للتنزه، لأول مرة منذ فترة طويلة، فقط لأخصص وقتًا لسعادتي». استغرق الأمر شهرين آخرين حتى تتمكن لولي من العثور على وظيفة، حيث تعمل في مجال رعاية الأطفال. وأعدت شقة براتبها الجديد، أقامت فيها مع أطفالها المسؤولة عنهم، الذين تراوحت أعمارهم بين عامين وخمسة عشر عامًا. «أطفالي أكثر سعادة بكثير. إنهم يريدون القيام بأشياء كثيرة طوال الوقت الآن. نتحدث لساعات كل يوم، وهم أفضل أصدقائي. بمجرد دخولي الشقة، أخلع سترتي ونُخرِج الكتب ونقرأ ونقوم بواجباتنا المنزلية معًا وكل شيء. نمرح ونمزح. ونتحدث جميعًا عن الوظائف. ابني الأكبر يريد الذهاب إلى القوات الجوية، وأحدهم يريد أن يصبح رجل إطفاء، وآخر واعظًا، وإحدى الفتيات ستصبح محامية! أتحدث معهم عن المخدرات وأوعيهم بشأنها، وقد رأوا أختي، ويعرفون العواقب. أصبحوا لا يبكون كما اعتادوا، ولا يتشاجرون معًا. أعلِّمهم أنهم يمكنهم التحدث معي عن أي شيء، أيًّا كان. لقد أخذت أبناء أختي، وذلك الذي كان يعاني مشكلة المخدرات، تغلب عليها الآن. قال الطبيب إنه لم يتوقع قط أن يتمكن هذا الصبي من التحدث والتعلم بهذه السرعة، فهو يتطور بأسرع بكثير مما اعتقدوا أنه يمكنه تحقيقه».

«هناك غرفة في المكان الجديد للأولاد وواحدة للفتيات وواحدة لي، لكنهم جميعًا يحبون التجمع معي على سريري ونجلس جميعًا هناك ليلًا. هذا هو كل ما أحتاج إليه الآن، أطفالي. لم أعتقد قط أنني سأصل إلى هذا الحد. يا له من شعور جيد أن تكون سعيدًا. لا أعرف كم من الوقت سيستمر، لكني آمل بالتأكيد أن يستمر إلى الأبد. كما أن الأشياء تستمر في التغير؛ إذ تغير مظهري، والطريقة التي أتصرف بها، ومشاعري. لم أعد خائفة بعد الآن. يمكنني الخروج من المنزل دون خوف. لا أعتقد أن تلك المشاعر السيئة ستعود، ولولا الدكتورة ميراندا، لكنت سأظل في المنزل على السرير، هذا إن كنت لا أزال على قيد الحياة من الأساس».

لم تتضمن العلاجات التي تلقتها لولي التدخل الصيدلاني النفسي ولم تكن تعتمد بشكل وثيق على النماذج المعرفية. فما الذي مكَّنها من هذا التحول؟ جزئيًّا، كان ذلك بسبب الاهتمام الحنون من الأطباء الذين عملت معهم. وكما أشارت فالي نون في كمبوديا، فإن الحب والثقة يمكن أن يكونا أداتين عظيمتين في العلاج، ومعرفة أن شخصًا آخر يهتم بما يحدث لك هو في حد ذاته كافٍ للتأثير بشكل عميق على ما تفعله. لقد أذهلني تصريح لولي بأن تحديد مشكلتها وتسميتها -«الاكتئاب»- قد جلب لها الراحة. وصفت ميراندا لولي بأنها تعاني الاكتئاب «بشكل واضح»، لكن هذا لم يكن واضحًا للولي حتى عندما عانت أعراضًا شديدة. وكان تحديد مشكلتها خطوة أساسية نحو تعافيها منها. فما يمكن تسميته ووصفه يمكن احتواؤه؛ إذ إن كلمة اكتئاب تفصل مرض لولي عن شخصيتها. فإذا كان من الممكن تجميع كل الأشياء التي لم تحبها في نفسها معًا كجوانب للمرض، فإن ذلك يجعلها تنظر إلى الجوانب الجيدة على أنها «لولي» الحقيقية، وكان من الأسهل عليها كثيرًا أن تحب لولي الحقيقية تلك، وأن توجهها ضد المشكلات التي كانت تعانيها. إن إدراك معنى الاكتئاب يعني إتقان أداة لغوية قوية اجتماعيًّا تعمل على عزل وتمكين الذات الأفضل التي يطمح إليها الأشخاص الذين يعانون. وعلى الرغم من أن مشكلة التعبير هي مشكلة عالمية، فإنها حادة بشكل خاص بالنسبة إلى المعوزين، الذين يتضورون جوعًا لهذه المفردات؛ وهذا هو السبب في أن الأدوات الأساسية مثل العلاج الجماعي يمكن أن تغيرهم تمامًا.

ولأن الفقراء لديهم قدرة محدودة على الوصول إلى لغة المرض النفسي، فإن اكتئابهم لا يظهر عادة على المستوى الإدراكي. إذ من غير المرجح أن يشعروا بالذنب الشديد أو بالفشل الشخصي الذي يلعب دورًا كبيرًا في اكتئاب الطبقة المتوسطة. بل غالبًا ما تظهر شكواهم في أعراض جسدية[21]: الأرق والإرهاق والخوف وعدم القدرة على التواصل مع الآخرين. وهذا بدوره يجعلهم عُرضة للأمراض الجسدية؛ وتلك الأمراض الجسدية غالبًا ما تكون القشة التي تقسم ظهر البعير وتدفع الشخص المصاب بالاكتئاب الخفيف إلى تجاوز الحافة. وبقدر ما يصل المكتئبون المعوزون إلى المستشفيات، فإنهم عادة ما يصلون إليها بسبب أمراض جسدية، وكثير منها تكون أعراضًا لمعاناتهم النفسية. يقول خوان لوبيز من جامعة ميشيجان، الذي قام بعمل مكثف في مجال الصحة النفسية بين الفقراء الناطقين بالإسبانية: «إذا بدت امرأة لاتينية فقيرة مكتئبة، فإنني أجعلها تتناول مضادات الاكتئاب. لكنني أخبرها أنها مقويات ستساعدها في الأعراض العامة التي تشعر بها، وعندما تنجح مضادات الاكتئاب تكون سعيدة، لكنها نفسها لا تعتبر حالتها نفسية». كانت لولي أيضًا تنظر إلى أعراضها على أنها خارج نطاق ما كانت تعتبره جنونًا، وكان الجنون (ذهان الهلوسة الحاد) هو نموذجها الوحيد للمرض النفسي العقلي. إن فكرة المرض النفسي المُنهك غير الذهاني كانت خارج قاموسها.

وُلدت روث آن جانيسون في مقطورة في ريف فيرجينيا، وكانت سمينة منذ طفولتها وترتدي نظارات. وفي السابعة عشرة من عمرها، حملت من رجل شِبه أمِّي ترك المدرسة من صغره، وهي بدورها لم تستكمل تعليمها لتتزوجه. لكنهما حظيا بزواجٍ كارثي. فقد عملت ولبَّت احتياجاتها ونفقاتها لفترة من الوقت، ولكن بعد ولادة طفلها الثاني تركته. وبعد سنوات قليلة تزوجت بعامل تشغيل آلات في مجال البناء. كانت قد تمكنت حينها من الحصول على رخصة قيادة شاحنة، ولكن في غضون ستة أشهر أخبرها زوجها أن مكانها هو المنزل لرعاية الأسرة. كان لديهما طفلان. وكانت روث آن تحاول تغطية نفقاتهم «وهو أمر صعب بالنسبة إلى عائلة مكونة من ستة أفراد تحصل على مائتي دولار في الأسبوع، حتى مع قسائم الطعام».

وسرعان ما بدأت تنجرف إلى الأسفل، وبحلول السنة الثالثة من زواجها الثاني كانت تفقد كل علامات الحيوية. «كنت متزوجة، ولدي أطفال، لكن لم تكن لدي حياة، وكنت أشعر بالسوء طوال الوقت». عندما توفي والد روث آن، «انهارت بالكامل». «وصلت حينها إلى القاع. لم يضربنا والدي قط، أو على الأقل لم يكن الضرب جسديًّا، بل نفسيًّا. إذ حتى لو قمت بعمل جيد، فلن تحصل على الثناء أبدًا، ولكنك تتعرض للانتقاد طوال الوقت. أعتقد أنني شعرت أنه إذا لم أتمكن من إرضائه، فلن أستطيع فعل أي شيء آخر. وشعرت أنني لن أتمكن أبدًا من إرضائه بما فيه الكفاية، والآن لن تتاح لي الفرصة على الإطلاق». بدأت روث آن، وهي تروي لي هذه الفترة من حياتها، في البكاء، وبحلول الوقت الذي أنهت فيه قصتها، كانت قد استهلكت علبة مناديل ورقية بأكملها.

كانت روث آن تظل أغلب الوقت في فراشها. «كنت أعرف أن هناك مشكلة ما، لكنني لم أعرف ما هي بالضبط. لم يكن لدي أي طاقة على الإطلاق. بدأت أكتسب المزيد والمزيد من الوزن. كنت أتحرك قليلًا داخل مقطورتنا، لكنني لم أخرج قط وتوقفت عن التواصل مع الناس تمامًا. ثم أدركت أنني بدأت أهمل أطفالي. وكان لا بد من القيام بشيء ما». تعاني روث آن مرض كرون، وعلى الرغم من أنها لم تكن تفعل أي شيء تقريبًا، فإنها بدأت تظهر عليها أعراض تبدو أنها مرتبطة بالتوتر والضغط النفسي. أوصاها طبيبها، الذي كان على علم بدراسة إميلي هوينشتاين، بالمشاركة بها. بدأت روث آن في تناول دواء باكسيل وبدأت في رؤية ماريان كينر، وهي معالجة عملت بدوام كامل مع النساء في دراسة إميلي هوينشتاين. قالت: «لولا ماريان، كنت على الأرجح سأظل غارقة في المستنقع نفسه الذي كنت فيه إلى أن أموت. لولاها، لما كنت هنا اليوم»، وانفجرت في البكاء مرة أخرى. «لقد جعلتني ماريان أتمكن من الوصول إلى أعماق نفسي، لقد اكتشفت من أنا. ولم تعجبني ذاتي».

ثم استعادت روث آن نفسها. قالت لي: «ثم بدأت التغييرات. يقولون لي إن لدي قلبًا كبيرًا. لم أكن أعتقد أن لدي قلبًا على الإطلاق، لكنني الآن أعلم أنه موجود في مكان ما، وفي النهاية سأجده بالكامل». بدأت روث آن العمل مرة أخرى موظفة بدوام جزئي في قسم شؤون الموظفين في إحدى الشركات. وسرعان ما أصبحت مديرة بالقسم وفي تلك المرحلة تخلصت

تدريجيًّا من مضادات الاكتئاب. وفي يناير 1998، قامت هي وصديقة لها بشراء الشركة، وهي عبارة عن حق امتياز بموجب ترخيص من شركة وطنية. بدأت روث آن في تلقي دورات ليلية في المحاسبة حتى تتمكن من استيعاب الكتب بشكل جيد، وسرعان ما سجلت إعلانًا على شاشة التلفزيون. قالت لي: «نحن نعمل مع مكتب البطالة، لنوفر فرص عمل للأشخاص العاطلين عن العمل، من خلال توظيفهم في القطاع الخاص. ندربهم في مكاتبنا الخاصة، حيث يساعدوننا، ونمدُّهم بمهارات جيدة. نحن نغطي الآن سبع عشرة مقاطعة». في أسوأ حالاتها، كان وزنها 95 كيلو. وهي الآن تذهب إلى صالة الألعاب الرياضية بانتظام ومع اتباع نظام غذائي مكثف انخفض وزنها إلى 61 كيلو.

لقد تركت زوجها، الذي أرادها أن تكون دومًا في المطبخ وتخدمه، سواء كانت مكتئبة أم لا، لكنها تمنحه الوقت للتكيف مع نفسها الجديدة وعندما رأيتها آخر مرة كانت لا تزال تأمل في حدوث مصالحة بينهما. لقد استعادت بريقها وتوهجها. قالت: «أحيانًا ينتابني شعور جديد، ويخيفني. يستغرق مني بضعة أيام لمعرفة طبيعته. لكن على الأقل أعلم الآن أن مشاعري حية، وأنها موجودة». بات لدى روث آن علاقة جديدة تمامًا مع أطفالها. «أساعدهم في واجباتهم المدرسية ليلًا، وقد رأى ابني الأكبر أن أجهزة الكمبيوتر رائعة، وهو الآن يعلمني كيفية استخدامها. لقد ساعد هذا حقًّا في زيادة ثقته بنفسه. لقد جعلناه يعمل في الشركة هذا الصيف، وهو سعيد. لقد كان يشكو من التعب منذ وقتٍ ليس ببعيد، ويتغيب عن المدرسة معظم الأيام. ولم يكن يفعل شيئًا سوى مشاهدة التلفاز والاستلقاء على الأريكة». وسرعان ما حصلت روث آن على رهن عقاري لشراء منزل جديد. قالت وهي تبتسم: «الآن أنا صاحبة عمل وعقار». ومع اقتراب مقابلتنا من نهايتها، أخرجت روث آن شيئًا من جيبها. ثم صاحت وهي تضغط على الأزرار الموجودة على جهاز الإشعار[1] الخاص بها «يا إلهي، ستة عشر إشعار بينما كنت جالسة هنا!». تمنيت لها التوفيق وهي تنطلق عبر الفناء إلى سيارتها. نظرت إلي وصاحت وهي بداخل سيارتها: «لقد نجحنا، لقد دخلنا إلى أعماقي، ثم عدنا مرة أخرى!» ثم غادرت بالسيارة.

في حين أن الاكتئاب يشكل عبئًا رهيبًا في حد ذاته، فإن آثاره أشرس بالنسبة إلى أولئك الذين يعانون أمراضًا جسدية ونفسية متعددة. يعاني معظم الفقراء المصابين بالاكتئاب أعراضًا جسدية ويكونون عرضة لحدوث هجمات على أجهزتهم المناعية المنهكة. إذا كان من الصعب مساعدة شخص مكتئب على الاعتقاد بأن الحياة البائسة والاكتئاب منفصلان، فمن الأصعب إقناع شخص يحمل عبء مرضٍ مميت بأن يأسه يمكن علاجه. لكن في الواقع، يمكن

(1) جهاز الإشعار beeper هو جهاز إلكتروني صغير يسهل حمله ويستخدم لاستقبال الرسائل القصيرة أو للتنبيه بأن هناك شخصًا يحاول التواصل معك. (المترجم)

حل الضيق الناتج عن الألم، والضيق الناتج عن ظروف الحياة القاتمة، والضيق الذي لا سبب له، كما أن التحسن في أحد الجوانب يؤدي بدوره إلى التحسن في الجوانب الأخرى.

عندما وصلت شيلا هيرنانديز إلى جامعة جونز هوبكنز، كانت، وفقًا لطبيبها، «ميتة تقريبًا». كانت مصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الشغاف والالتهاب الرئوي. وقد أثر الاستخدام المستمر للهيروين والكوكايين على الدورة الدموية لديها لدرجة أنها لم تعد قادرة على استخدام ساقيها. وضع لها الأطباء قسطرة وريدية مركزية، على أمل أن تتمكن من خلال التغذية الوريدية من بناء قوة بدنية كافية حتى تتمكن من تحمل علاج التهاباتها. قالت لي عندما التقينا: «لقد طلبت منهم أن ينزعوها عني، فلن أبقى هنا. وقلت لهم سأغادر مع هذا الشيء بداخلي إذا اضطررت إلى ذلك وسأستخدمه لوضع المخدرات». في تلك المرحلة، جاء جلين تريسمان لرؤيتها. أخبرته أنها لا تريد التحدث معه لأنها ستغادر المستشفى وتموت قريبًا. قال تريسمان: «لا، لن يحدث ذلك. أنتِ لن تخرجي من هذا المكان لتذهبي وتموتي ميتة غبية عديمة الفائدة في الشوارع. هذه فكرة مجنونة لديك. هذا هو الشيء الأكثر غرابة الذي سمعته على الإطلاق. ستبقين هنا وتتوقفين عن تلك المخدرات وتتغلبين على كل هذه الأمراض التي أصابتك، وإذا كانت الطريقة الوحيدة التي يمكنني من خلالها إبقاؤك هنا هي إعلان أنك مجنونة بشكل خطير، فهذا ما سأفعله».

وبقيت شيلا بالفعل هناك. قالت لي وهي تقهقه بسخرية وبصوت حاد: «لقد دخلت المستشفى في 15 أبريل 1994. لم أكن أرى نفسي كإنسان في ذلك الوقت. حتى عندما كنت طفلة أتذكر أنني كنت أشعر بالوحدة حقًّا. وقد لجأت للمخدرات في محاولة للتخلص من هذا الألم الداخلي. أعطتني والدتي عندما كنت في الثالثة من عمري لبعض الغرباء، رجل وسيدة، وتحرش بي الرجل عندما كنت في الرابعة عشرة تقريبًا. لقد حدث لي الكثير من الأشياء المؤلمة، وأردت فقط أن أنساها. كنت أستيقظ في الصباح وأشعر بالغضب لأنني استيقظت. شعرت أنه لم يكن هناك أي مساعدة لي، وأنني كنت على هذه الأرض أهدر مساحة بلا هدف. لقد عشت لأتعاطى المخدرات وتعاطيت المخدرات لأعيش، وبما أن المخدرات جعلتني أكثر اكتئابًا، فقد أردت فقط أن أموت».

مكثت شيلا هيرنانديز في المستشفى لمدة اثنين وثلاثين يومًا وخضعت لإعادة التأهيل البدني والعلاج من إدمانها، وأصبحت تتناول مضادات الاكتئاب. «اتضح أن كل ما شعرت به قبل دخولي، وجدته خاطئًا. أخبرني هؤلاء الأطباء أن لدي الكثير لأقدمه، وأنني لي قيمة بعد كل شيء. شعرت كما لو أنني وُلدت من جديد». ثم خفَّضت شيلا صوتها. «أنا لست شخصًا متدينًا، ولم أكن كذلك قط، لكنها كانت قيامة، مثل ما حدث ليسوع المسيح. لقد أصبحت على قيد الحياة. في اليوم الذي غادرت فيه، سمعت تغريد الطيور، هل تعلم أنني لم أسمعه من قبل؟ ولم أكن أعلم حتى ذلك اليوم أن الطيور تغرد. لأول مرة شممت رائحة العشب والزهور، وحتى السماء كان منظرها جديدًا. إذ لم أعد أرى فقط الغيوم».

كانت ابنة شيلا الصغرى، التي كانت في السادسة عشرة من عمرها وأنجبت بالفعل طفلها الأول، قد تركت المدرسة قبل بضع سنوات. تقول شيلا: «لقد رأيتها تسير في طريق مؤلم كنت أعرفه. لكنني أنقذتها من ذلك. وقد استكملت دراستها، وهي الآن طالبة في السنة الثانية في الكلية، وهي أيضًا مساعدة تمريض معتمدة تعمل في مستشفى تشرشل. لم يكن الأمر بهذه السهولة مع الفتاة الأكبر سنًّا، فقد كانت في العشرين من عمرها بالفعل، لكنها أخيرًا أصبحت تدرس في الكلية أيضًا». لم تتعاط شيلا هيرنانديز المخدرات مرة أخرى. وفي غضون بضعة أشهر، عادت إلى هوبكنز عاملةً إداريةً في المستشفى. وقد قامت بأعمال دعم خيرية خلال دراسة سريرية لمرض السل، واستطاعت الحصول على سكن دائم للمشاركين في الدراسة. «أصبحت حياتي مختلفة تمامًا. أفعل هذه الأشياء لمساعدة الآخرين طوال الوقت، وأستمتع بذلك حقًّا». أصبحت الصحة البدنية لشيلا الآن ممتازة. وعلى الرغم من أنها كانت لا تزال مصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، فإن خلاياها التائية تضاعفت ولم يكن حِملها الفيروسي قابلًا للاكتشاف. كانت تعاني بعض انتفاخ الرئة المتبقي، ولكن مع الاستعانة بالأوكسجين لمدة عام، تمكنت من التغلب عليه. أعلنت بمرح: «لا أشعر أن هناك أي مشكلة بي. أنا الآن في السابعة والأربعين من عمري، وأخطط للكثير في حياتي. تظل الحياة هي الحياة، ولكن أود أن أقول إنني سعيدة في معظم الأوقات على الأقل، وفي كل يوم أشكر الله والدكتور تريسمان لأنهما أحياني».

بعد أن التقيت شيلا هيرنانديز، صعدت إلى الطابق العلوي مع جلين تريسمان لرؤية ملاحظاته حول اعترافها الأصلي: «اضطرابات متعددة، صدمات نفسية، ميول انتحارية، اكتئاب، مرض ثنائي القطب، إنها حطام جسدي تام. من غير المرجح أن تعيش طويلًا؛ المشكلات العميقة الجذور قد تمنع الاستجابة لاستراتيجيات العلاج الحالية». ما كتبه بدا غير متناسب على الإطلاق مع المرأة التي التقيتها. قال: «بدت حالتها ميؤوسًا منها إلى حدٍّ كبير في ذلك الوقت، لكنني اعتقدت أنه من الضروري المحاولة».

على الرغم من المناقشات المطولة في العقد الماضي حول أسباب الاكتئاب، يبدو من الواضح إلى حد ما أن الاكتئاب عادة ما يكون نتيجة لضعف وراثي ينشط بسبب الضغط الخارجي. إن التحقق من الاكتئاب بين الفقراء يشبه التحقق من انتفاخ الرئة بين عمال مناجم الفحم. توضح جين ميراندا: «إن الصدمات في هذه الثقافة بأكملها فظيعة ومتكررة للغاية، حتى إنه من المرجح أن تُفعَّل حتى أبسط نقاط الضعف. يتعرض هؤلاء الأشخاص لعنف متكرر وغير متوقع ومفاجئ، ولديهم موارد محدودة للغاية للتعامل معه. وما يثير الدهشة عندما تفحص حياة مليئة بعوامل الخطر النفسية والاجتماعية مثل هذه هو أن ربع أعضاء هذه الفئة على الأقل لا يعانون الاكتئاب». وقد اعترفت مجلة نيو إنجلاند الطبية بوجود صلة بين «المصاعب الاقتصادية المستمرة» والاكتئاب؛ وأن معدل الاكتئاب بين الفقراء هو الأعلى بين أي فئة في الولايات المتحدة، وأن الأشخاص الذين ليس لديهم موارد أقل قدرة على التعافي

من أحداث الحياة السلبية.[22] يقول جورج براون، الذي عمل على العوامل الاجتماعية التي تُشكِّل الحالات النفسية: «يرتبط الاكتئاب بشكل كبير بالمِحن والشدائد الاجتماعية. فالحرمان والفقر يدمران الناس». يعد الاكتئاب شائعًا جدًّا في المجتمعات الفقيرة لدرجة أن الكثير من الناس لا يلاحظونه. تقول ميراندا: «إذا كان هذا هو حال جميع أصدقائك، فيبدو الأمر طبيعيًّا وإن كان مروعًا. ولذا تعزو ألمك إلى أشياء خارجية، وتؤمن أن هذه الأشياء الخارجية لا يمكن أن تتغير، وتفترض أنه لا شيء داخلي يمكن أن يتغير». مثل كل الأشخاص الآخرين، يصاب الفقراء، مع تكرار النوبات، بخلل عضوي يسير وفق قواعده الخاصة في مساره الخاص. ومن غير المرجح أن ينجح العلاج دون الاهتمام بالحياة الفعلية لهذه الفئة من السكان. إن انتشال شخص ما من الفوضى البيولوجية التي نتجت عن الصدمات المتكررة لا يفيد كثيرًا إذا كان هذا الشخص سيظل يتعرض للصدمة مجددًا لبقية حياته. في حين أن الأشخاص الذين لا يعانون الاكتئاب قادرون في بعض الأحيان على حشد مواردهم الضئيلة لتغيير وضعهم والهروب من بعض الصعوبات التي تميز حياتهم، فإن الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب يواجهون صعوبة في الحفاظ على مكانهم في النظام الاجتماعي، ناهيك بتحسينه. لذا فإن الفقراء يحتاجون إلى أساليب جديدة.

إن الصدمة التي يتعرض لها الفقراء الأمريكيون لا ترتبط بشكل مباشر بغياب الأموال. إن عددًا قليلًا نسبيًّا من الفقراء الأمريكيين يعانون الجوع، ولكن العديد منهم يعانون العجز المكتسب[23]، وهو حالة تمهيدية للاكتئاب. إن العجز المكتسب، الذي دُرِس في عالم الحيوان، يحدث عندما يتعرض الحيوان لمحفز مؤلم في موقف لا يكون فيه القتال أو الهروب ممكنًا. سيدخل الحيوان حينها في حالة من الاستسلام والعجز تشبه إلى حد كبير الاكتئاب البشري. الشيء نفسه يحدث للأشخاص ذوي الإرادة الضعيفة؛ إن الحالة الأكثر إثارة للقلق في الفقر الأمريكي هي السلبية. عملت جويس تشونج بشكل وثيق مع ميراندا بصفتها مديرة خدمات المرضى الداخليين في مستشفى جامعة جورج تاون. كانت تشونج ترى بالفعل أشخاصًا سلبيين للغاية. «يمكن للأشخاص الذين أعالجهم عمومًا على الأقل تحديد موعد والمتابعة. إنهم يفهمون أنهم بحاجة إلى المساعدة، ويطلبونها. لكن النساء في دراستنا لن يدخلن إلى مكتبي من تلقاء أنفسهم أبدًا». كنت أنا وتشونج نناقش هذه الظاهرة في المصعد في العيادة في مقاطعة برينس جورج حيث يُقدَّم العلاج. نزلنا إلى الطابق السفلي ووجدنا إحدى مريضات تشونج واقفة تنتظر سيارة الأجرة التي طُلبت لها قبل ثلاث ساعات. لم يخطر ببالها أن سيارة الأجرة لن تأتي؛ لم يخطر ببالها أن تحاول الاتصال بشركة سيارات الأجرة؛ لم يخطر ببالها أن تكون غاضبة أو محبطة. أوصلناها أنا وتشونج إلى المنزل. تقول تشونج: «إنها تعيش مع والدها الذي اعتدى عليها جنسيًّا مرارًا وتكرارًا، وهي مضطرة إلى البقاء هناك بسبب الصعوبات المالية. إن التعامل مع مثل هذه الحقائق القاسية يمكن أن يقلل من حافز ورغبة

المرء في التغيير. ولسوء الحظ، نحن عاجزون عن توفير سكن بديل أو تغيير الظروف الصعبة التي تواجهها. إنه وضع يصعب التعامل معه».

كما أن أبسط الإجراءات العملية تكون صعبة للغاية بالنسبة إلى الفقراء. قالت إميلي هوينشتاين: «أوضحت إحدى النساء أنها عندما يتعين عليها الحضور إلى العيادة يوم الاثنين، تطلب من ابنة عمها التي تُدعى ماري أن تطلب من شقيقها أن يأتي ويحضرها، بينما تعتني أخت زوجها بالأطفال. ثم يتعين أن يأتي شخص آخر ويصطحبها، لأن شقيق ماري يذهب إلى العمل بعد أن يوصلها مباشرة. ثم إذا التقينا يوم الخميس، فهناك مجموعة أخرى تمامًا من الشخصيات المعنية. وفي كلتا الحالتين، يضطرون إلى الاعتذار ولا يستطيعون مساعدتها في نحو خمسة وسبعين بالمائة من الوقت، مما يُربك حساباتها في اللحظة الأخيرة». وهذا ينطبق على المدن كذلك. فوَّتت لولي واشنطن موعدًا ذات مرة في يوم عاصف ومُمطر لأنها، بعد ترتيب مسألة رعاية الأطفال وتصفية جدول أعمالها ومعرفة كل شيء آخر، اكتشفت أنها لا تملك مظلة. سارت لبعض الوقت تحت المطر الغزير، وانتظرت نحو عشر دقائق حتى تصل الحافلة، وعندما بدأت ترتجف من البلل، استدارت وعادت إلى المنزل. في بعض الأحيان كانت تذهب ميراندا والمعالجون بسياراتهم إلى منازل مرضاهم ويأخذونهم إلى العلاج الجماعي؛ وقد رتبت ماريان كينر لرؤية النساء في منازلهن لتريحهن من صعوبة القدوم إليها. قالت كينر: «في بعض الأحيان، لا يمكنك معرفة ما إذا كان هذا يُعَد مقاومة للعلاج، كما قد تفترض مع مريض من الطبقة المتوسطة، أم أن الترتيبات اللازمة للحضور والالتزام بالمواعيد تُمثل تحديًا كبيرًا لهم بالنظر إلى ظروف حياتهم».

قالت جويس تشونج إن إحدى مرضاها «شعرت بالارتياح الشديد عندما اتصلتُ بها وأجرينا جلسة علاجية عبر الهاتف. ومع ذلك، عندما سألتها عما إذا كانت ستتصل بي، قالت: «لا». إن الوصول إليها، وجعلها تعاود الاتصال بي، أمر صعب للغاية، وقد كنت على وشك الاستسلام في العديد من المرات. إذ ينفد منها الدواء ولا تفعل شيئًا حيال ذلك. يجب أن أذهب إلى منزلها وأحضر لها أنا الدواء. لقد استغرق الأمر مني وقتًا طويلًا حتى أفهم أن سلوكها لا يعني أنها لا تريد المجيء. إن سلبيتها هي في الواقع سمة متأصلة في شخصيتها، وهي ليست بالسمة الغريبة على الشخص الذي عانى سوء المعاملة المتكررة عندما كان طفلًا».

لقد تعرضت المريضة المعنية، التي تُدعى كارليتا لويس، لجروح عميقة ودائمة. يبدو أنها وهي في الثلاثينات من عمرها لا تستطيع تغيير حياتها بشكل جوهري؛ فلم يغير العلاج حقًّا سوى شعورها تجاه حياتها (وليس حياتها ذاتها)، ولكن تأثير هذا التغير في الشعور على الأشخاص من حولها كبير. عندما كانت طفلة وفي مرحلة المراهقة، أمضت وقتًا عصيبًا مع والدها، حتى أصبحت كبيرة بما يكفي للرد. لقد تركت المدرسة عندما حملت؛ وولدت ابنتها ياسمين وهي مصابة بفقر الدم المنجلي. لقد كانت كارليتا تعاني على الأرجح اضطراب مزاج منذ الطفولة. قالت لي: «كانت أصغر الأشياء تثير غضبي، وأفقد السيطرة على الأمور. كنت

صدامية وأنخرط في صراعات ومعارك كثيرة. في بعض الأحيان، كنت أبكي وأبكي حتى أصاب بصداع، وبعد ذلك يصبح الصداع سيئًا للغاية لدرجة أنني كنت أريد أن أقتل نفسي». كانت حالتها المزاجية تتحول بسهولة إلى العنف. ذات مرة، على العشاء، طعنت أحد إخوتها في رأسه بالشوكة وكادت أن تقتله. وقد تناولت جرعات زائدة من الحبوب في عدة مناسبات. وفي وقت لاحق من حياتها، قالت لها صديقتها المفضلة بعد أن حاولت كارليتا الانتحار: «أنتِ تعرفين مدى اهتمام ابنتك بك. والدها غير موجود في حياتها، والآن لن تكون والدتها موجودة كذلك. كيف سيكون شعورها برأيك؟ ستكون بحالتك نفسها إذا انتحرتِ».

اعتقدت جين ميراندا أن مشكلات كارليتا تجاوزت الظروف الخارجية، فجعلتها تتناول دواء باكسيل. ومنذ بدء العلاج، تحدثت كارليتا مع أختها حول ما فعله والدهما بهما، الذي لم يعرف أي منهما أن الآخر قد مر به. وأوضحت كارليتا، التي لا تسمح لابنتها بالبقاء في المنزل بمفردها مع جدها: «ليس لأختي أي علاقة بوالدي. لم أكن أتمكن من رؤية ابنتي من قبل، لعدة أيام في بعض الأحيان، خوفًا من أن أزعجها بمزاجي. لم أكن أريد أن يضربها أحد على الإطلاق، وبالأخص أنا، وكنت دائمًا على وشك ضربها في ذلك الوقت».

عندما يصيب كارليتا الحزن، تستطيع التغلب عليه. ««ما المشكلة يا ماما؟» تسألني ياسمين، وأقول: «لا يوجد شيء، أنا فقط متعبة». تحاول أن تدفعني للتحدث، لكنها تقول بعد ذلك: «كل شيء سيكون على ما يرام يا ماما، لا تقلقي بشأن شيء»، وتحتضنني وتقبلني وتربت على ظهري. لدينا الكثير من الحب المستمر بيننا طوال الوقت الآن». وبالنظر إلى أن ياسمين تبدو وكأنها تتمتع بطبيعة مثل طبيعة كارليتا، فإن هذه القدرة على الرعاية دون غضب تشير إلى قفزة كبيرة إلى الأمام. «تقول ياسمين: «سأكون مثل أمي تمامًا»، وأقول لها: «أتمنى ألا تكوني كذلك»، وأعتقد أنها ستكون بخير».

إن الآليات التي يحقق من خلالها المرء تغييرًا إيجابيًّا في الحياة هي آليات بسيطة بشكل لا يصدق، ويتعلمها معظمنا في مرحلة الطفولة من خلال تفاعلات الأمومة التي تثبت وجود صلة بين السبب والنتيجة. لقد كنت أراقب أطفالي الخمسة بالتبني، الذين تتراوح أعمارهم بين ثلاثة أسابيع إلى تسع سنوات. الأصغر يبكي للحصول على الاهتمام والطعام. والطفل البالغ من العمر عامين يكسر القواعد ليكتشف ما يمكنه فعله وما لا يمكنه فعله. وقيل للطفلة البالغة من العمر خمس سنوات إنها تستطيع طلاء غرفتها باللون الأخضر إذا تمكنت من الحفاظ عليها نظيفة لمدة ستة أشهر. وكان الطفل البالغ من العمر سبع سنوات يجمع مجلات السيارات ويتعلم بشكل موسوعي عن السيارات. وأعلن الطفل البالغ من العمر تسع سنوات أنه لا يريد الذهاب إلى المدرسة كما فعل والده، وهو الآن مسجل في مدرسة محلية بدلًا من ذلك. كل واحد منهم لديه الإرادة وسوف يكبر ولديه شعور بالقوة. سيكون لهذه التأكيدات المبكرة الناجحة على القوة تأثير أكبر بكثير من الثراء النسبي والذكاء لدى هؤلاء الأطفال. إن غياب الشخص الذي يمكنه الرد على مثل هذه المطالب، حتى ولو بشكل سلبي، هو أمر كارثي.

تقول ماريان كينر: «كان علينا أن نعطي بعض المرضى قوائم بالمشاعر ونساعدهم على فهم ماهية الشعور، حتى يتمكنوا من معرفة حياتهم العاطفية بدلًا من مجرد قمعها. ثم كان علينا أن نقنعهم أن بإمكانهم تغيير تلك المشاعر. ثم انتقلنا إلى تحديد الأهداف. بالنسبة إلى بعض هؤلاء الأشخاص، تعتبر فكرة اكتشاف ما تريد توضيحه لنفسك فكرة ثورية». فكرت حينها في فالي نون، التي عملت في كمبوديا لتعليم الناس كيف يشعرون بعد الشلل الذي أصابهم في فترة الخمير الحمر. فكرت في صعوبة المشاعر غير المُدرَكَة. لقد فكرت في تلك المهمة المتمثلة في التوفيق بين الناس وعقولهم.

«أشعر أحيانًا أننا ندير مجموعات لرفع الوعي مثل التي كانت شائعة في الستينيات»، تقول ميراندا التي نشأت في ريف أيداهو بين «الفقراء العاملين» لكنها لم تشهد «الإحباط طويل الأمد» الذي تلاحظه الآن يوميًّا بين العاطلين عن العمل.

تعد دانكويل ستيتسون جزءًا من الثقافة الإجرامية الصارمة في الريف الجنوبي. إنها أمريكية من أصل إفريقي تعيش في قلب التحيز العنصري والعنف، وتشعر بالتهديد من كل جانب. وهي تحمل مسدسًا دومًا. كان المكان الذي تعيش في دانكويل، حيث تحدثنا، عبارة عن مقطورة قديمة متهالكة، نوافذها مغلقة، وكل قطعة أثاث تفوح منها رائحة العفن. كان الضوء الوحيد الذي رأيته عندما كنت هناك يأتي من التلفاز، الذي كان يعرض فيلم كوكب القرود طوال محادثتنا. ومع ذلك، كان المكان مرتبًا وغير مزعج بصريًّا.

عندما دخلت مقطورتها، قالت متجاوزة المقدمات: «الأمر مؤلم، يبدو الأمر كما لو أنهم ينتزعون قلبك من جسدك، ولا يتوقفون عند ذلك، بل تشعر كما لو أن شخصًا ما يُشهر سكينًا ويواصل طعنك طوال الوقت». تعرضت دانكويل للاعتداء الجنسي من قِبل جدها لأبيها عندما كانت طفلة، وأخبرت والديها بذلك. قالت: «لم يهتما حقًّا بما قلته، بل تجاهلاني كأن لم أقل شيئًا»، واستمرت الانتهاكات لسنوات.

كان من الصعب في كثير من الأحيان بالنسبة إلى دانكويل معرفة ما الذي تفعله ماريان كينر، وما الذي يفعله عقار باكسيل، وما الذي يفعله الرب. قالت لي: «من خلال اقترابي من الرب، أدخلني في حالة من الاكتئاب وأخرجني منها أيضًا. لقد صليت إلى الرب من أجل المساعدة فأرسل لي الدكتورة ماريان، التي طلبت مني أن أفكر بشكل أكثر إيجابية وأن أتناول هذه الحبوب وسيمكنني حينها أن أكون بخير». إن التحكم في التفكير السلبي كوسيلة لإحداث تغيير سلوكي هو جوهر العلاج المعرفي. قالت دانكويل: «لا أعرف لماذا يؤذيني زوجي، فهو يضربني دائمًا، ثم عندما أرحل أركض من رجل إلى رجل بحثًا عن الحب في جميع الأماكن الخاطئة».

يبلغ عمر أبناء دانكويل الآن أربعة وعشرين، وتسعة عشر، وثلاثة عشر. كان أكبر اكتشاف لها في العلاج أمرًا جوهريًّا تمامًا. «لقد أدركت أن الأشياء التي يفعلها الآباء تؤثر على الأبناء.

هل تعرف ذلك؟ لم أكن أعرف ذلك، وكنت أفعل الكثير من الأشياء الخاطئة. لقد حولت حياة ابني إلى جحيم. أتمنى لو كنت أكثر تفهمًا، لكنني في ذلك الوقت، لم أكن أعرف. والآن أُحضر أبنائي وأقول لهم: إذا جاءكم أحد وقال لكم إن أمكم فعلت هذا وذاك، فأنا أقول لكم الآن إن هذا صحيح. لا تفعلوا ما فعلته». وقلت لهم: «ليس هناك شيء لا يمكنكم التحدث معي بشأنه مهما كان سيئًا». وذلك لأنه لو كان لدي شخص يستمع إلي ويطمئنني بأن كل شيء سيكون على ما يرام؛ لكانت اختلفت حياتي كثيرًا، وأنا أدرك ذلك الآن. لا يدرك الآباء أن الكثير من مشكلات الأبناء تأتي منهم، فهم المسؤولون عندما يبدأ الطفل في البحث عن الحب في جميع الأماكن الخاطئة. هناك صديق عزيز لي أطلق النار على ابن أخيه منذ فترة. لقد كان يرى والدته تمارس الجنس مع رجال مختلفين في السيارة أمامه مباشرة، وقد أثر ذلك بشدة على حياته. والدته لا تعرف ذلك اليوم. لذا أقول دومًا إن كل ما تفعله في الظلام سيأتي وقت يظهر فيه إلى النور».

أصبحت دانكويل الآن موردًا مجتمعيًّا ذا قيمة كبيرة، حيث تعلَّم الأصدقاء والغرباء أساليبها في السيطرة على الاكتئاب. «يظل الكثير من الناس يسألونني: «كيف تغيرتِ؟» وبما أنني أفكر بإيجابية، فأنا أضحك طوال الوقت، وأبتسم طوال الوقت بعدما ساعدني الرب بإرسال أشخاص لمساعدتي. أقول دومًا: «يا رب، هل ستعطيني ما يحتاجون إلى سماعه وتساعدني على الاستماع إليهم؟»» تستمع دانكيل إلى أطفالها الآن، وتستمع إلى الأشخاص الذين تعرفهم في كنيستها. عندما كان هناك شخص ما يفكر في الانتحار، «قلت له: «لست وحدك. لقد مررت بهذا. ليس هناك شيء سيئ لا يمكنك تجاوزه. ابدأ بالتفكير بشكل إيجابي وأعدك بأن تلك الفتاة التي ستتركك الآن، ستتصل بك». اتصل بي بالأمس وأخبرني: «لولاكِ لكنت جثة هامدة»». وقد اكتسبت دانكويل مكانة جديدة في عائلتها. «أحاول كسر النمط السلبي بشكل أو بآخر. بنات أخي يأتين إليَّ بدلًا من والديهن، وينكسر نمط عدم الاستماع. يقلن لي «منذ أن تحدثنا معك ونحن نريد أن نعيش». وأقول لكل شخص، إذا كانت لديك مشكلة، اطلب المساعدة. فهذا هو السبب الذي جعل الرب يخلق الأطباء. أقول ذلك بصوت عالٍ للجميع. يمكن لأي شخص تجاوز ما يواجهه من تحديات. كانت هناك امرأة تشرب وتدخن وتمارس الجنس مع زوجي، ولم تتأسف أو تعتذر حتى، ولكن إذا أتت لي، سأساعدها، لأنه لكي تتحسن، يجب أن يكون لديها شخص يساعدها».

لا يُمثَّل المكتئبون الفقراء في الإحصاءات المتعلقة بالاكتئاب لأن البحوث التي تعكسها تلك الإحصاءات تعتمد في المقام الأول على التعامل مع الأشخاص الموجودين ضمن الخطط الصحية القائمة، الذين هم بالفعل من الطبقة المتوسطة؛ أو على الأقل من الطبقة العاملة. إن رفع التوقعات بين السكان المحرومين مسألة معقدة، وصحيح أن زرع أهداف زائفة في أذهان الناس قد يكون خطيرًا. قالت لي إحدى النساء بثقة: «لن أتوقف أبدًا عن رؤية الدكتور تشونج»، على الرغم من أن المعايير الفعلية للدراسة قد شُرحت لها مرارًا وتكرارًا. ومن المفجع أنها إذا

تعرضت لانهيار آخر في وقت لاحق من حياتها، فربما لن تكون قادرة على الحصول على هذا النوع من المساعدة التي ساعدتها على النجاة؛ على الرغم من أن جميع المعالجين المشاركين في هذه الدراسات يشعرون بالتزام أخلاقي بتوفير الخدمات الأساسية المستمرة لمرضاهم. يقول هاوينشتاين: «إن حجب العلاج عن الأشخاص الذين يعانون بشدة لأنه سيؤدي إلى رفع التوقعات، يعد تجاهلًا للقضية الأخلاقية الكبيرة من أجل قضية صغيرة. نحن نبذل قصارى جهدنا لإعطاء الناس مجموعة من المهارات التي يمكنهم استخدامها بأنفسهم في موقف آخر؛ ونبذل كل ما في وسعنا لمساعدتهم على البقاء واقفين على قدميهم». إن تكاليف العلاج المستمر تشكل مشكلة هائلة. تُحَل المشكلة جزئيًّا من خلال بعض البرامج القائمة التي توزع مضادات الاكتئاب على الفقراء، ولكنها لا تكفي لتلبية الاحتياجات. أخبرتني طبيبة شجاعة من بنسلفانيا التقيتها أنها حصلت على «شاحنات مملوءة بالعينات من بائعي الأدوية لإعطائها لمرضاها الفقراء». وقالت: «أخبرهم أنني سأستخدم منتجهم كخط علاجي الأول للمرضى الذين يمكنهم الدفع، وفي المقابل، أخبرتهم أنني سأحتاج إلى كمية غير محدودة من المنتجات حتى أتمكن من علاج مرضاي ذوي الدخل المنخفض مجانًا».

إن معدل حدوث الفصام بين السكان ذوي الدخل المنخفض هو ضعف معدل الطبقة المتوسطة.[24] افترض الباحثون في البداية أن صعوبات الحياة تؤدي إلى الفصام بطريقة ما. ولكن الأبحاث الأحدث تُظهر أن الفصام هو الذي يؤدي إلى صعوبات؛ فالمرض العقلي والنفسي مكلف ومربك، والمرض المزمن الذي يضعف الإنتاجية ويحدث في الشباب عادة ما يسحب أسرة الشخص بالكامل إلى درجة أو درجتين للأسفل على السلم الاجتماعي. ويبدو أن «فرضية الانجراف نحو الأسفل» تنطبق على الاكتئاب أيضًا. يقول جلين تريسمان عن السكان المعوزين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، «إن العديد من هؤلاء الأشخاص لم يحققوا أي نجاح في حياتهم كلها. لا يمكن أن يكون لديهم علاقة، أو التزام طويل الأمد بوظيفة ما». يعتقد الناس أن الاكتئاب هو نتيجة لفيروس نقص المناعة البشرية، لكنه غالبًا ما يسبقه في الواقع. يقول تريسمان: «إذا كنت تعاني اضطراب المزاج، فستكون أكثر إهمالًا فيما يتعلق بالجنس. قلة قليلة من الناس يصابون بفيروس نقص المناعة البشرية من الواقي الذكري المقطوع. لكن يصاب العديد من الأشخاص بفيروس نقص المناعة البشرية عندما لا يستطيعون حشد الطاقة اللازمة للحرص والرعاية بعد الآن. هؤلاء هم الأشخاص الذين تضعف معنوياتهم تمامًا بسبب الحياة ولا يرون أي فائدة منها. إذا كانت لدينا علاجات متاحة على نطاق أوسع للاكتئاب، فإنني أعتقد من تجربتي السريرية أن معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في هذا البلد سينخفض إلى النصف على الأقل، مع ما يترتب على ذلك من وفورات هائلة في مجال الصحة العامة». إن تكاليف الصحة العامة الناجمة عن مرض يؤدي إلى الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ومن ثم يعوق الناس عن رعاية أنفسهم (وغيرهم) على النحو المناسب هي تكاليف هائلة للغاية. «يأخذ فيروس نقص المناعة البشرية كل أموالك

وممتلكاتك، وغالبًا أصدقاءك وعائلتك أيضًا. يحرمك المجتمع من حقوقك. لذا فإن هؤلاء الناس يغرقون في الحضيض». جميع الباحثين الذين التقيتهم أكدوا على الحاجة إلى العلاج، لكنهم تحدثوا أيضًا عن الحاجة إلى العلاج الجيد. يقول هاوين شتاين: «هناك عدد قليل جدًّا من الأشخاص الذين يمكنني أن أعهد إليهم برعاية هؤلاء الأشخاص». إن معايير رعاية الصحة النفسية لهؤلاء الأشخاص المعوزين القلائل الذين يعانون المرض بدرجة كافية للحصول على العلاج -خارج هذه الدراسات- منخفضة للغاية.

إن الرجال المعوزين المكتئبين الوحيدين الذين أجريت معهم مقابلات هم المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية. إنهم من بين القلائل الذين أُجبروا على مواجهة حقيقة اكتئابهم؛ لأن اكتئاب الرجال المعوزين يظهر بطرق تضعهم في السجن أو المشرحة في كثير من الأحيان. من المؤكد أن الرجال أكثر مقاومة من النساء للخضوع لعلاج الاكتئاب عند ملاحظة اضطراباتهم المزاجية. سألت النساء اللاتي أجريت معهن مقابلات عما إذا كان أزواجهن أو أصدقاؤهن قد يعانون الاكتئاب، فأجابت الكثيرات بنعم؛ وقد أخبرنني جميعًا عن أبنائهن المكتئبين. قالت إحدى النساء في دراسة ميراندا إن صديقها، الذي أصابها ببعض الكدمات نتيجة ضربه لها، أسرَّ لها بأنه يريد العثور على مجموعة علاجية ليحضرها، لكنه وجد فكرة المتابعة «محرجة للغاية».

لقد دُهشتُ عندما جاء فريد ويلسون ليتحدث معي بعد ظهر أحد الأيام في هوبكنز. كان طوله ستة أقدام ويرتدي خواتم ذهبية وميدالية ذهبية كبيرة ونظارة شمسية. كان رأسه حليقًا؛ ويمتلك بنية عضلية مثيرة للإعجاب. وبدا أنه يشغل مساحة أكبر بخمسة أضعاف مما كنت أشغله. لقد كان من النوع الذي أعبر الشارع لتجنبه، وبينما كنا نتحدث، أدركت أن هذه كانت سياسة جيدة. لقد كان مدمنًا على المخدرات، ولكي يستمر في ذلك، شرع في سرقة الناس، واقتحام المتاجر والمنازل، وضرب النساء المسنات للحصول على حقائب يدهن. لقد ظل بلا مأوى لفترة من الوقت وأصبح متوحشًا. وعلى الرغم من أنه أثار سخط الصالحين، فإن هذا الرجل المخيف كان يعاني اليأس والوحدة.

وقد حقق فريد قفزة كبيرة في علاجه عندما أدرك أنه يعاني اضطرابًا مزاجيًّا ربما كان السبب في تعاطيه للمخدرات، وأنه لم يكن متأثرًا فقط بتعاطي المخدرات. وكان عندما رأيته يبحث عن مضاد للاكتئاب يساعده. كان فريد يتمتع بكاريزما وابتسامة مبهجة، ويعرف ما يعنيه أن يكون على قمة العالم. «كانت لدي دائمًا القدرة على الحصول على ما أريد. وعندما تحصل على هذه القدرة، فإنك لا تعمل حقًّا للحصول على شيء أو تبذل أي مجهود، بل اذهب واحصل عليه ببساطة. لم أكن أعرف معنى التحلي بالصبر. لم تكن هناك حدود، لم تكن هناك احتياطات، هل تفهم ما أقول؟ فقط أحصل على ما أردت وأنتشي. هدفي هو الانتشاء، وبهذا حصلت على بعض القبول. لقد ساعدني ذلك في تجاوز اللوم والعار». أجرى فريد اختبار فيروس نقص المناعة البشرية بعد أن اعتُقل وسرعان ما اكتشف أن والدته كانت

مصابة به أيضًا. منذ وفاتها بمرض الإيدز، «لم يبد وكأن أي شيء يهم، لأن النتيجة النهائية للحياة ستكون الموت دائمًا. لقد حققت بعض الأهداف، وسعيت إلى تحقيق أشياء أخرى، لكن للأسف لم يزدني ذلك إلا كرهًا لنفسي. ثم في إحدى المرات عندما اعتُقلت في أثناء عيشي في الشارع، أدركت أنني كنت أعيش بهذه الطريقة بسبب الاختيارات التي كنت أتخذها. وقد تغيرتُ لمواجهة ذلك. علمت أنني وحيد في ذلك الوقت، ولن يعطيني أحد المخدرات عندما أحتاج إليها إلا إذا كنت أملك المال».

أُعطي فريد نظامًا من أدوية فيروس نقص المناعة البشرية، لكنه توقف عن تناولها منذ بعض الوقت لأنها لم تجعله يشعر بالارتياح. كانت آثارها الجانبية طفيفة، ولكن قال لي: «قبل أن أرحل، من الأفضل أن أستمتع بوقتي المتبقي». بعدما أصيب أطباؤه بخيبة أمل، أقنعوه بالاستمرار في تناول مضادات الاكتئاب؛ إنهم يأملون أن توقظ هذه الأدوية رغبته في البقاء على قيد الحياة، ومن ثم يتناول مثبطات الأنزيم البروتيني (علاج الإيدز).

غالبًا ما تكون قوة الإرادة هي أفضل حصن ضد الاكتئاب، وفي هذه الفئة من الناس، غالبًا ما تكون إرادة الاستمرار، وتقبل الصدمات، أشياء استثنائية تمامًا. كثيرون من بين المكتئبين المعوزين لديهم شخصيات سلبية للغاية لدرجة أنهم لا يملكون أي تطلعات، وقد يكون هؤلاء الأشخاص هم أكثر مَن يصعب مساعدتهم. ويحتفظ آخرون بحماس الحياة حتى في أثناء فترة اكتئابهم.

تيريزا مورجان، إحدى مريضات إميلي هوينشتاين وماريان كينر، هي امرأة لطيفة الطباع، كانت حياتها مليئة بأحداث مرعبة. كانت تعيش في منزل بحجم مقطورة، في وسط مقاطعة باكنجهام بولاية فيرجينيا، على بعد خمسة أميال شمال كنيسة منجم الذهب المعمدانية. عندما التقينا، أخبرتني قصتها بتفاصيل دقيقة، كما لو كانت تدون الملاحظات طوال حياتها.

حملت والدة تيريزا في الخامسة عشرة من عمرها، وأنجبت تيريزا في السادسة عشرة من عمرها، وكانت في السابعة عشرة من عمرها عندما ضربها والد تيريزا بشدة لدرجة أنها اضطرت إلى الزحف خارج المنزل. طلب جد تيريزا من والدتها أن تذهب بعيدًا وتختبئ، وأنها إذا شوهدت في المقاطعة مرة أخرى، وإذا حاولت الاتصال بتيريزا، فسيزج بها في السجن. قالت لي: «كان والدي في الثانية والعشرين من عمره حينها، لذا كان أحمق كبيرًا، لكنهم اعتادوا أن يخبروني أنها كانت عاهرة، وأنني سأصبح عاهرة مثلها. وكان والدي يقول لي إنني دمرت حياته بمجرد ولادتي».

في وقت مبكر، شُخِّصت تيريزا بورم حميد غير قابل للجراحة، وهو ورم وعائي، يقع بين مستقيمها ومهبلها. لقد تعرضت للاعتداء الجنسي من قِبل أقاربها كل ليلة منذ عيد ميلادها الخامس وإلى أن بلغت التاسعة من عمرها، عندما تزوج أحد المعتدين وغادر المنزل. أخبرتها جدتها أن الرجال هم من يعولون الأسرة، وعليها أن تبقي فمها مغلقًا. ذهبت تيريزا إلى

الكنيسة والمدرسة، وكان ذلك هو محيط حياتها. كانت جدتها تؤمن بالانضباط الصارم، وهو ما يعني الهجمات اليومية بأي أدوات منزلية تقع في متناول اليد؛ فقد كانت تجلدها بالحبال، وتضربها بمقابض المكانس والمقالي. كان جدها يعمل في مجال إبادة الأفاعي، وعندما كانت في السابعة من عمرها، أمضت تيريزا الكثير من الوقت تحت المنازل في محاولة اصطياد الأفاعي السوداء. وفي الصف الثامن، تناولت تيريزا جرعة زائدة من دواء جدتها للقلب. وغسل الأطباء في المستشفى معدتها ونصحوها بالعلاج النفسي، لكن جدها قال إن لا أحد من أفراد عائلته يحتاج إلى المساعدة.

وفي الصف الحادي عشر، خرجت تيريزا في مواعدتها الأولى مع رجل يُدعى ليستر، الذي «لمس روحي نوعًا ما، لأننا كنا نستطيع التحدث مع بعضنا بعضًا بصدق». وبينما كان ليستر يوصلها إلى المنزل، رآه والدها وأصبح هائجًا. كان طوله يقارب مائة وستين سنتي فقط، لكن وزنه يزيد على 135 كجم، وجلس فوق تيريزا (التي يبلغ طولها 150 سم وكان وزنها في ذلك الوقت 47 كجم) وضرب رأسها بالأرض لساعات، حتى امتلأت أصابعه بالدماء. لا تزال جبهة تيريزا وفروة رأسها مغطاة بندوب كبيرة تبدو وكأنها ناجمة عن حروق. كما كُسر اثنان من ضلوعها وفكها وذراعها اليمنى وأربع أصابع في تلك الليلة.

بينما كانت تروي لي تيريزا هذه القصة، كانت ابنتها ليزلي البالغة من العمر تسع سنوات تلعب مع كلب لطيف. بدت هذه التفاصيل الكثيرة مألوفة بالنسبة إليها. لكنها كانت تسجل ما تسمعه؛ إذ كانت تصبح ليزلي عدوانية مع الكلب عند ذكر أي أحداث مرعبة. لكنها لم تبكِ قط، ولم تقاطع أمها قط.

بعد واقعة الضرب المبرح، دعا ليستر تيريزا للانتقال للعيش معه ومع عائلته، «وكان الأمر رائعًا لمدة ثلاث سنوات. لكنه أرادني حقًّا أن أكون مثل والدته، لا أعمل، ولا حتى أقود السيارة، فقط أبقى في المنزل وأخدمه. لم أكن أريد ذلك». حملت تيريزا وتزوجا. بينما أثبت ليستر استقلاليته من خلال السعي الحثيث لكسب رزقه كانت تيريزا تعتني بالطفل. قالت تيريزا: «لقد أحبني ليستر في الأساس لأن لدي عقلًا. كان يستمتع بمحادثاتنا بينما أخبره بالعديد من الأشياء. لقد عرَّفته على بعض موسيقى الجاز الجيدة وقد أحبَّها. تحدثت معه كثيرًا عن الفن والشعر. والآن يريدني أن أبقى في المنزل مع والدته».

وبعد عام، بعد ولادة ليزلي مباشرة، أصيب ليستر بسكتة دماغية شديدة دمرت معظم الجانب الأيسر من دماغه. كان في الثانية والعشرين من عمره، ويعمل سائقًا لمعدات ثقيلة لأعمال الطرق، وبات حينها مشلولًا نصفيًّا وغير قادر على الكلام. على مدار الأشهر التالية، قبل أن يكتشف الأطباء مرضه الأساسي الذي تسبب في السكتة، الذي اتضح أنه شكل من أشكال مرض الذئبة الذي يسبب جلطات دموية، أدت جلطة أخرى إلى تدمير ساقه، التي بُترت لاحقًا؛ ثم دمرت جلطات أخرى رئتيه. قالت تيريزا: «كان بإمكاني المغادرة».

توقفت ليزلي عن اللعب ونظرت إليها بنظرة حائرة وفضولية.

«لكن ليستر كان حب حياتي حتى لو كنا نمر ببعض الأوقات الصعبة، وأنا لا أتخلى عن الأمور بسهولة. ذهبت لرؤيته في المستشفى، وكانت إحدى عينيه مغلقة والأخرى مفتوحة. بدأ وجهه ينتفخ وملامحه تتصلب. لقد أزالوا عظامًا من الجانب الأيسر من رأسه لأن التورم كان سيئًا للغاية، مما أدى إلى تشوه جمجمته. لكنه كان يتوق بشدة لرؤيتي». ذهبت تيريزا وبقيت في المستشفى، وعلمته كيفية استخدام غطاء السرير، وساعدته على التبول، وتعلم الإيماءات التي يتواصلون بها الآن.

توقفت تيريزا عن الحكي قليلًا. جاءت ليزلي وأعطتني صورة. «هذا عيد ميلادك الثاني، أليس كذلك يا عزيزتي؟» قالت لها تيريزا بلطف. في الصورة، كان هناك رجل عملاق، وسيم، ملفوف مثل المومياء برداء أبيض، موصول بالشاشات التي تراقب أجهزته الحيوية، ويعانق فتاة صغيرة بجانبه. قالت تيريزا: «كان ذلك بعد أربعة أشهر من الإصابة بالسكتة الدماغية»، وأخذت ليزلي الصورة مني سريعًا مرة أخرى.

عاد ليستر إلى المنزل بعد مرور ستة أشهر. ثم حصلت تيريزا على وظيفة بدوام كامل في أحد مصانع ملابس الأطفال. كان عليها أن تعمل بالقرب من المنزل حتى تتمكن من العودة ذهابًا وإيابًا كل بضع ساعات للاطمئنان على ليستر. وفي اليوم الذي حصلت فيه على رخصة القيادة، أظهرتها لليستر، فبكى، وأشار بيده قائلًا: «الآن يمكنك أن تتركيني». ضحكت تيريزا وهي تروي ذلك، وأردفت: «لكنه اكتشف خلاف ذلك».

تحطم ليستر. كان يظل مستيقظًا طوال الليل، وينادي تيريزا مرة كل ساعة لمساعدته على التبرز. «كنت أعود إلى المنزل وأعد العشاء وأغسل الأطباق وكميات كبيرة من الملابس وأنظف المنزل، وبعد ذلك كنت أغفو، وأحيانًا أنهار هناك في المطبخ. كان ليستر يتصل بوالدته عبر الهاتف، وعندما تسمع تنفسه على الخط، كانت تتصل مرة أخرى وكان الهاتف يوقظني. كان يرفض تناول العشاء في بعض الأحيان ويريد مني أن أعد له شطيرة. كنت أحاول أن أكون مرحة طوال الوقت، حتى لا أجعله يشعر بالسوء». تصارع ليستر وليزلي كثيرًا على اهتمام تيريزا. أردفت تيريزا: «بدأ الإنهاك يتملكني. لم يكن يحاول ليستر حتى القيام بتمارينه، وفقد المزيد والمزيد من القدرة على الحركة وأصبح ضخمًا وسمينًا. أعتقد أنني كنت في فترة أنانية ولم أستطع التعاطف معه كما كان ينبغي لي أن أفعل».

تسبب الضغط النفسي الواقع على تيريزا في اتساع ورمها الوعائي، الذي تمكنت من تجاهله لبعض الوقت، وبدأ النزيف بغزارة من خلال مستقيمها. أصبحت تيريزا رئيسة العمال، لكن وظيفتها كانت لا تزال تتطلب الوقوف لمدة ثماني إلى عشر ساعات يوميًّا. «العمل بهذه الطريقة، والنزيف، ورعاية ليستر وليزلي..كل ذلك أنهكني بشدة. أعتقد أنني ينبغي أن أكون قادرة على التعامل مع الضغط، لكنني ضعفت نوعًا ما. لدينا مسدس عيار 22 بوصة. جلست

على أرضية غرفة النوم وأدرت المسدس ووضعته في فمي. لقد كان شعورًا جيدًا أن يوجد هذا السلاح في فمي. ثم طرقت ليزلي الباب وقالت: «أمي، من فضلك لا تتركيني. أرجوكِ». وضعت المسدس جانبًا، ووعدتها أنني لن أذهب إلى أي مكان دونها أبدًا.

قالت ليزلي بفخر: «كنت في الرابعة من عمري. وأصبحت حينها آتي وأنام معكِ كل ليلة».

اتصلت تيريزا بالخط الساخن للانتحار وتحدثت لمدة أربع ساعات عبر الهاتف. «لقد انفجرت. كان ليستر يعاني عدوى المكورات العنقودية. وكان لدي حصوات في الكلى. كان ذلك مؤلمًا للغاية، وأخبرت الطبيب أنني سأمزق وجهه إذا لم يساعدني. عندما ينهار جسدك حقًّا، يريد عقلك الحصول على إجازة أيضًا. لم أستطع الأكل؛ لم أكن قد نمت جيدًا لشهر تقريبًا، كنت متوترة للغاية، وأتألم بشدة، وأنزف، لذا فكنت مصابة بفقر الدم كذلك». أخذها طبيبها لمقابلة ماريان كينر. «ماريان أنقذت حياتي، بلا شك. لقد علمتني كيف أفكر مرة أخرى». وبدأت تيريزا في تناول باكسيل وزاناكس.

أخبرت كينر تيريزا أنه لم يكن هناك ما يجبرها على القيام بكل الأشياء التي فعلتها، وأن ما دفعها لذلك هو أنها رأت أن الأمر يستحق. وفي إحدى الليالي بعد ذلك بوقت قصير، عندما خرجت الأمور مع ليستر عن السيطرة، قالت تيريزا بهدوء: «هيا يا ليزلي. أحضري بعض ملابسك، هيا بنا». تذكر ليستر فجأة أن تيريزا كانت لديها القدرة على التخلي عنه، فسقط على الأرض وهو يبكي ويتوسل. أخذت تيريزا ليزلي إلى الخارج وقادا السيارة لمدة ثلاث ساعات، فقط لتلقين ليستر درسًا. وعندما عادا، أدرك خطأه، وبدأت حياتهم الجديدة. لقد رتبت الأمور له لكي يحصل على دواء بروزاك، وشرحت له الخسائر التي لحقت بحياتهم. أخبر الأطباء تيريزا أنه لمنع المزيد من النزيف بسبب الورم الوعائي الدموي، كان عليها ألا تمشي أو تمارس الرياضة أو تتحرك دون داع. «ما زلت أُخرج ليستر من السيارة، وما زلت أرفع كرسيه المتحرك. ما زلت أنظف المنزل. لكن كان على ليستر أن يتعلم الاستقلال بسرعة كبيرة». إذ اضطرت تيريزا إلى التخلي عن وظيفتها بسبب مشكلاتها الصحية.

لدى ليستر الآن وظيفة تتمثل في طي المآزر في المغسلة. يصطحَب بواسطة حافلة خاصة للمعاقين إلى العمل كل يوم. وهو يغسل الأطباق في المنزل، وفي بعض الأحيان يمكنه المساعدة في التنظيف بالمكنسة الكهربائية. ويمكنه الحصول على 250 دولارًا في الأسبوع من عمله، وهو ما يعيشون عليه.

قالت تيريزا: «لم أتخل عنه قط». فجأة عادت لها كبرياؤها. «لقد أخبروني أنني سأُنهَك، لكننا أصبحنا أقوى الآن. يمكننا التحدث عن أي شيء. لقد كان يجسد تحيزات قوية، لكنني تمكنت من تفكيك بعض تلك الكراهية المتأصلة في قلبه». لقد تعلم ليستر التبول بنفسه، ويكاد يتمكن من ارتداء ملابسه بيد واحدة. قالت تيريزا: «نتحدث كل يوم وكل ليلة. أتعلم؟ إنه الحب الحقيقي الوحيد في حياتي، وحتى لو ندمت كثيرًا على ما حدث، فلن أرغب في التخلي

عن أي شيء يتعلق بنا وبهذه العائلة. لكن لولا ماريان، لكنت استسلمت وتركت نفسي أنزف حتى الموت».

عند هذه العبارة، صعدت ليزلي إلى حضن تيريزا. ضمتها تيريزا بقوة، ثم قالت تيريزا وقد ابتهجت فجأة: «وهذا العام، وجدت أمي. لقد بحثت عن اسمها الأخير في دليل الهاتف، وبعد نحو خمسين مكالمة وجدت أحد أبناء عمومتي وقام ببعض الأعمال البوليسية، وعندما ردت على الهاتف، قالت إنها كانت تنتظرني طوال هذه السنوات، على أمل أن أتصل. الآن هي تُعَد أفضل صديق لي. نحن نراها طوال الوقت».

صاحت ليزلي: «نحن نحب جدتي».

وأكدت تيريزا: «نعم، نحبها. لقد تلقينا أنا وهي المعاملة القاسية نفسها من والدي وعائلته، لذلك لدينا الكثير من القواسم المشتركة». قالت تيريزا إنه من غير المرجح أن تتمكن من الوقوف والقيام بأعمال المصنع مرة أخرى. «يومًا ما، عندما تتمكن ليزلي من الاعتناء بليستر في المساء، وإذا سمحوا لي بالتنقل أكثر قليلًا، وإذا تمكنوا من احتواء الورم الوعائي، فسوف أكمل دراستي الثانوية وأدرس دروسًا ليلية. تعلمت الفن والقصائد والموسيقى من معلمة تُدعى ويلسون في مدرستي الثانوية. سأعود وأتعلم المزيد عن الكُتَّاب الذين أحبهم: كيتس، بايرون، إدجار آلان بو. لقد قرأت ليزلي قصيدتَي «الغراب» «وأنابيل لي» الأسبوع الماضي، أليس كذلك يا عزيزتي، عندما حصلنا على هذا الكتاب من المكتبة». نظرتُ إلى المطبوعات الملصوقة على جدرانها. قالت: «أحب رينوار. لا تظن أنني مدَّعية، بل أحبه حقًّا، وهذا الحصان المُعلق هنا رسمه فنان إنجليزي. أحب الموسيقى أيضًا، وأحب الاستماع إلى بافاروتي».

«هل تعلم ما الذي أردته عندما كنت طفلة صغيرة في هذا المنزل الرهيب؟ أردت أن أصبح عالمة آثار وأذهب إلى مصر واليونان. لم تساعدني المحادثات مع ماريان على استعادة رباطة جأشي فحسب، بل أعادت إشعال تفكيري التأملي أيضًا. لقد افتقدت استخدام عقلي كثيرًا! ماريان ذكية جدًّا، وبعد سنوات مع ليزلي فقط وزوج لم ينهِ الصف التاسع مطلقًا ولا يستطيع التحدث... لا تزال هناك أشياء جميلة تنتظرنا. سنجدها يا ليزلي، أليس كذلك؟ كما وجدنا تلك القصائد». بدأت تُغني قصيدة «أنابيل لي»، وانضمت إليها تيريزا. ونظرت ليزلي باهتمام شديد إلى أمها بينما أردِّد أنا وتيريزا الأسطر القليلة الأولى من تلك الأبيات الشعرية. قالت تيريزا وكأنها تصف رحلة خاصة بها: «لكننا أحببنا حبًّا كان أكثر من مجرد حب».

جزء من صعوبة تقديم خدمات أفضل لهؤلاء الناس يتمثل في عدم التصديق. لقد كتبت نسخة مبكرة من هذا الفصل كموضوع لمجلة إخبارية واسعة الانتشار، وأخبروني أنه يتعين عليَّ إعادة كتابته لسببين. أولًا، كانت الحياة التي وصفتها مروعة بشكل غير معقول. قال لي أحد المحررين: «يصبح الأمر كوميديًّا وهزليًّا؛ أعني أنه لا يمكن لأحد أن يحدث له كل هذه الأشياء، وإذا حدث ذلك، فليس من المستغرب أن يصاب بالاكتئاب». والمشكلة الأخرى هي أن

التعافي كان سريعًا ودراميًّا للغاية. قال المحرر، بطريقة لاذعة بعض الشيء، «إن الأمر برمته المتعلق بتحول النساء المشردات ذوات الميول الانتحارية إلى مديرات لمؤسسات مالية، يبدو سخيفًا للغاية». حاولت أن أشرح له أن هذا في الواقع هو ما يُمثل قوة القصة، وأن الأشخاص الذين كانوا في مواقف يائسة حقًّا قد تغيرت حياتهم إلى درجة لا يمكن التعرف عليها، لكنني لم أتمكن من إقناعه. فالحقيقة التي اكتشفتها كانت أغرب من الخيال.

عندما لاحظ العلماء لأول مرة ثقب القطب الجنوبي في طبقة الأوزون[25]، افترضوا أن معدات الرصد الخاصة بهم كانت معيبة لأن الثقب كان هائلًا لدرجة أنه لا يمكن تصديقه. لكن اتضح أن الثقب كان حقيقيًّا. إن ثقب اكتئاب الفقراء والمعوزين في الولايات المتحدة هو أيضًا حقيقي وضخم، ولكنه على عكس الثقب الموجود في طبقة الأوزون، يمكن سدّه. لا أستطيع أن أتخيل كيف كان الأمر بالنسبة إلى لولي واشنطن، وروث آن جانيسون، وشيلا هيرنانديز، وكارليتا لويس، ودانكويل ستيتسون، وفريد ويلسون، وتيريزا مورجان، وعشرات الأشخاص الآخرين الذين أجريت معهم مقابلات مطولة. ولكنني أعرف أننا كنا نحاول حل مشكلة الفقر عن طريق التدخل المادي على الأقل منذ العصور التوراتية، وقد سئمنا مثل هذا التدخل في العقد الماضي، بعد أن أدركنا أن المال ليس ترياقًا كافيًا. لقد جددنا نظام الرعاية الاجتماعية من خلال فكرة متفائلة مفادها أن حجب الدعم من شأنه أن يشجع الفقراء على العمل بجدية أكبر. لكن أليس من المفيد منحهم الدعم الطبي والعلاجي الذي من شأنه أن يسمح لهم بأداء وظائفهم وتحسين حياتهم؟ ليس من السهل العثور على الاختصاصيين الاجتماعيين الذين يمكنهم تغيير حياة هؤلاء الفئة من الناس؛ ولكن من دون برامج رفع الوعي والتمويل المخصص لهم، فإن أولئك الذين لديهم المواهب والتفاني للعمل مع هؤلاء الأشخاص لن يكون لديهم سوى وسائل قليلة للقيام بذلك، وبالتالي تستمر المعاناة الفظيعة.

الفصل العاشر

السياسة

تلعب السياسة دورًا كبيرًا بقدر العلم في الأوصاف الحالية للاكتئاب. مَن يقوم بالبحوث المتعلقة بالاكتئاب؛ ما الذي يُفعَل حيال الاكتئاب؛ مَن يخضع للعلاج؛ من لا يخضع له؛ من يُلام؛ من يُدَلَّل؛ ما الذي يُدفَع ثمنه؛ ما الذي يُتجاهَل؛ كل هذه الأسئلة تتحدد في ميدان السلطة. والسياسة أيضًا هي مَن تحدد طبيعة العلاج وتجيب عن أسئلة من قبيل: هل ينبغي إيداع الناس في المؤسسات الطبية للعلاج؟ هل يجب علاجهم في المجتمع؟ هل يبقى علاج المكتئب في أيدي الأطباء أم يتولاه الاختصاصيون الاجتماعيون؟ ما هو نوع التشخيص الضروري لتبرير التدخل الممول من الحكومة؟ إن مفردات الاكتئاب، التي يمكن أن تكون داعمة بشكل كبير للأشخاص المهمشين الذين ليس لديهم طريقة لوصف أو فهم تجاربهم، يمكن التلاعب بها إلى ما لا نهاية. إن الأفراد الأكثر حظًّا في المجتمع يمرُّون بمرضهم ويفهمونه من خلال تلك المفردات، التي ينسجها الكونجرس، والجمعية الطبية الأمريكية، وصناعة الأدوية بطريقة غير تآمرية.[1]

تؤثر تعريفات الاكتئاب بقوة على القرارات السياسية التي تؤثر بدورها على المصابين به. إذا كان الاكتئاب «مرضًا عضويًّا بسيطًا»، فيجب معالجته كما نعالج الأمراض العضوية البسيطة الأخرى؛ أي يجب على شركات التأمين توفير تغطية للاكتئاب الحاد مثلما توفر تغطية لعلاج السرطان. أما إذا كان الاكتئاب متجذرًا في الشخصية، فهو خطأ مَن يعانيه، مثله مثل الغباء، وبالتالي لا يحظى بالتأمين. إذا كان يمكن أن يصيب أي شخص في أي وقت، فيجب مراعاة الوقاية منه؛ وإذا كان سيؤثر فقط على الفقراء أو غير المتعلمين أو غير

المُمَثَّلين سياسيًّا، فإن التركيز على الوقاية يكون أقل بكثير في مجتمعنا غير العادل. إذا تسبَّب الأشخاص المكتئبون في إصابة الآخرين به، فيجب السيطرة على حالتهم من أجل مصلحة المجتمع؛ أما إذا بقوا في المنزل أو اختفوا ببساطة، فإن اختفاءهم يجعل من السهل تجاهلهم.

لقد تغيرت سياسة الحكومة الأمريكية بشأن الاكتئاب في العقد الماضي، وما زالت تتغير؛ وقد حدثت تحولات كبيرة في العديد من البلدان الأخرى أيضًا. هناك أربعة عوامل رئيسية تؤثر على تصور الاكتئاب، وبالتالي تنفيذ السياسات المتعلقة به، على المستوى الحكومي. الأول هو إضفاء الطابع الطبي. من المتأصل بعمق في العقلية الأمريكية أننا لا نحتاج إلى علاج مرض جلبه الشخص لنفسه أو حدث إليه نتيجة ضعف شخصيته، رغم أن تليف الكبد وسرطان الرئة اللذين قد يكونان ناتجين عن إدمان الكحول أو السجائر يغطيهما التأمين. لا يزال هناك تصور عام لدى عامة الناس بأن زيارة الطبيب النفسي هي كتدليل للذات، وأنها تشبه زيارة مصفف الشعر أكثر من زيارة طبيب الأورام. إن التعامل مع اضطراب المزاج على أنه مرض طبي يخالف هذه الحماقة، ويرفع المسؤولية عن عاتق الشخص المصاب بهذا المرض، ويجعل من السهل «تبرير» العلاج. العامل الثاني في تشكيل تصور الناس للاكتئاب هو الإفراط في التبسيط (وهو ما يعدُّ أمرًا غريبًا لا يتوافق مع 2500 عام من الغموض بشأن ماهية الاكتئاب). وعلى وجه الخصوص، الافتراض الشائع بأن الاكتئاب هو نتيجة لانخفاض السيروتونين بالطريقة نفسها التي يكون بها مرض السكري نتيجة لانخفاض الأنسولين؛ وهي الفكرة التي عزَّزتها بشكل كبير شركات الأدوية وإدارة الغذاء والدواء. العامل الثالث هو التصوير. إذا عرضت صورة لدماغ شخص مكتئب (ملونة للإشارة إلى معدل التمثيل الغذائي) بجوار صورة دماغ طبيعي (ملون أيضًا)، فإن التأثير يكون مذهلًا: فالأشخاص المكتئبون لديهم أدمغة رمادية والأشخاص السعداء لديهم أدمغة ملونة. هذا الفارق مثير للحزن وذو مظهر علمي كذلك، وعلى الرغم من أنه مصطنع تمامًا (فالألوان تعكس تقنيات التصوير بدلًا من الصبغات والأشكال الفعلية للدماغ)، فإن مثل هذه الصورة تساوي عشرة آلاف كلمة وتميل إلى إقناع الناس بالحاجة إلى علاج فوري. العامل الرابع هو ضعف لوبي الصحة النفسية. تقول النائبة لين ريفرز (وهي ديمقراطية من ميشيجان): «إن الأشخاص المكتئبين لا يتذمرون بما فيه الكفاية». إن الاهتمام بأمراض معينة يأتي عادة نتيجة للجهود المتضافرة التي تبذلها جماعات الضغط لرفع مستوى الوعي بهذه الأمراض؛ فقد كانت الاستجابة الرائعة لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز مدفوعة بالتكتيكات الدرامية التي اتبعها السكان المصابون بالمرض أو المعرضون لخطر الإصابة به. لسوء الحظ، عادة ما يجد الأشخاص المكتئبون الحياة اليومية مرهقة، وبالتالي فهم لا يستطيعون تشكيل لوبي قوي للضغط. علاوة على ذلك، فإن الكثير ممَّن أصيبوا بالاكتئاب، حتى لو كانت حالتهم أفضل، لا يريدون التحدث عن الأمر؛ فالاكتئاب سرٌّ قذر، ومن الصعب ممارسة الضغط بشأن أسرارك القذرة دون الكشف عنها. يقول النائب جون بورتر (وهو جمهوري من إلينوي)، الذي يهيمن بصفته رئيس اللجنة

الفرعية لمخصصات العمل والصحة والخدمات الإنسانية، على مناقشات مجلس النواب: «إننا نشعر بالذهول عندما يأتي الناس إلى النائبين للإعلان عن مدى خطورة مرض معين. ولا بد لي من مقاومة التعديلات التي طُرِحت لتعكس حماسة شخص ما لقصة قيلت له، وتخصيص مبلغ محدد لمرض معين. وكثيرًا ما يحاول أعضاء الكونجرس القيام بذلك، ولكن نادرًا ما يفعلون ذلك للمرض النفسي». ومع ذلك، فإن العديد من مجموعات الضغط المعنية بالصحة النفسية في الولايات المتحدة تدافع عن قضية الاكتئاب، وأبرزها التحالف الوطني للمرضى النفسيين (NAMI) والجمعية الوطنية للاكتئاب والهوس الاكتئابي (NDMDA).

ولعل العائق الأعظم أمام التقدم لا يزال يتمثل في الوصمة الاجتماعية، التي تتشبث بالاكتئاب أكثر من أي مرض آخر، التي وصفها ستيفن هايمان، مدير المعهد الوطني للصحة النفسية، بأنها «كارثة صحية عامة». العديد من الأشخاص الذين تحدثت معهم في أثناء تأليفي لهذا الكتاب طلبوا مني عدم ذكر أسمائهم، وعدم الكشف عن هوياتهم. سألتهم ما الذي يعتقدون أنه سيحدث بالضبط إذا اكتشف الناس أنهم يعانون الاكتئاب. قال رجل كان سجله الحافل بالنجاح المهني الرائع على الرغم من مرضه الفظيع بمنزلة مؤشر على القوة الهائلة: «سيعرف الناس أنني ضعيف». إن الأشخاص الذين «خرجوا من فقاعتهم» وتحدثوا علنًا عن كونهم مثليين، أو مدمنين على الكحول، أو كونهم ضحايا للأمراض المنقولة جنسيًّا، كانوا لا يزالون محرجين جدًّا من التحدث بشكل علني عن إصابتهم بالاكتئاب. لقد تطلب الأمر جهدًا كبيرًا للعثور على الأشخاص الذين تظهر قصصهم في هذا الكتاب، ليس لأن الاكتئاب نادر، ولكن لأن أولئك الذين على استعداد للتصريح لأنفسهم وللعالم الخارجي به هم استثنائيون. «لن يثق بي أحد» هكذا قال محامٍ مكتئب كان قد أخذ إجازة لبعض الوقت في العام السابق «لوضع خطط للمستقبل». لقد اخترع تاريخًا كاملًا لنفسه لملء الأشهر التي فاتته واستخدم قدرًا كبيرًا من الطاقة (بما في ذلك بعض صور العطلات الملفقة) لإضفاء مصداقية على حكاياته. في أثناء انتظار المصعد في المبنى الضخم الذي كنت قد قابلته فيه للتو، تحدث معي أحد الموظفين المبتدئين. وكانت حجتي أنني أتيت لرؤية محامي بشأن مشكلة في أحد العقود، فسألني الموظف الشاب عن مهنتي، فذكرت أنني كنت أعمل على هذا الكتاب. ولدهشتي، ذكر على الفور الرجل الذي أجريت مقابلة معه للتو. وقال: «حسنًا هناك رجل مر بانهيار حقيقي وكامل؛ اكتئاب، أو ذهان، أو سمِّه ما شئت. أصبح غريبًا لفترة من الوقت، ولا يزال غريب الأطوار بعض الشيء؛ فهو يعرض صور الشاطئ الغريبة هذه في مكتبه ويختلق قصصًا غريبة عن نفسه. لكنه عاد إلى العمل، وهو متفوق على المستوى المهني. يجب عليك بالتأكيد مقابلته ومعرفة المزيد عنه إذا استطعت». في هذه الحالة، يبدو أن المحامي يحظى باحترام لمرونته في مكافحة الاكتئاب أكثر من مواجهة وصمة العار بسبب المرض نفسه. واعتُبرت محاولاته للتضليل بمنزلة خداع فاشل يمكن مقارنته بعملية زرع شعر سيئة التنفيذ، وهو أمر أكثر سخافة من أي شيء قد تنتجه الطبيعة. لكن السرية لا تزال موجودة في كل مكان.

بعد نشر مقالتي في مجلة نيويوركر، تلقيت رسائل موقعة بعبارات من قبيل: «مِن شخص يعرف»، و«مع خالص التقدير، حُجِب الاسم».

لم يسبق لي أن عملت في حياتي على موضوع كشف لي الكثير من الأسرار والأشياء الشخصية عن الناس بقدر هذا الموضوع؛ لقد روى لي الناس قصصًا عديدة في حفلات العشاء وفي القطارات وفي أي مكان آخر اعترفت فيه بعملي على هذا الكتاب، لكن جميعهم تقريبًا قالوا: «لكن من فضلك لا تخبر أحدًا». اتصلت بي إحدى الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلة وقالت إن والدتها هددتها بالتوقف عن التحدث إليها إذا سمحت بإدراج اسمها في هذا الكتاب. إن الحالة الطبيعية لعقولنا هي الحفاظ على خصوصية الأمور، وعادة ما تظل المشاعر العميقة سرية. ونحن نعرف الناس فقط من خلال ما يقولونه لنا. لا أحد منا يستطيع أن يخترق حاجز صمت الآخر ويكشف عمًّا في صدره. قال لي أحدهم ذات مرة فيما يتعلق بمعاناته: «لم أذكر هذا قط، لأنني لا أرى فائدة من ذلك». نحن غافلون عن النسب الهائلة للاكتئاب لأن الناس نادرًا ما يعبرون عن الحقيقة؛ وهم لا يقولون الحقيقة لأنهم لا يدركون مدى شيوعها.

لقد حظيت بتجربة غير عادية خلال إحدى عطلات نهاية الأسبوع في حفلة منزلية في إنجلترا. لقد سُئلت عما كنت أفعله واعترفت بأنني كنت أكتب كتابًا عن الاكتئاب. وبعد العشاء، اقتربت مني في الحديقة امرأة جميلة ذات شعر أشقر طويل معقود خلف رأسها. وضعت يدها بلطف على ذراعي، وسألتني عما إذا كان يمكنها التحدث معي للحظة، وطوال الساعة التالية كنا نسير في الحديقة وهي تخبرني عن تعاستها الرهيبة ومعاركها مع الاكتئاب. كانت تتناول الدواء وكان يساعدها إلى حد ما، لكنها كانت لاتزال تشعر بأنها غير قادرة على التعامل مع العديد من المواقف، وكانت تخشى أن تؤدي حالتها النفسية إلى تدمير زواجها في النهاية. وعندما انتهينا من حديثنا قالت: «من فضلك، لا تخبر أحدًا بأي شيء من هذا، وبخاصة زوجي. إيلي يجب ألا يعرف. لن يفهم ذلك ولن يستطيع تحمله». وعدتها ألا أخبر أحدًا. لقد كانت عطلة مبهجة مليئة بأشعة الشمس الساطعة والدفء في المساء، وواصلت مجموعة الأشخاص، بما في ذلك المرأة التي وثقت بي، الانخراط في المرح والمزاح. وفي يوم الأحد، بعد الغداء، ذهبت مع زوج المرأة المكتئبة لركوب الخيل. وفي منتصف الطريق إلى الإسطبل، التفت نحوي فجأة وقال بحرج: «أنا لا أقول هذا كثيرًا». وبعد ذلك أوقف حديثه وحصانه على حدٍّ سواء. اعتقدتُ أنه سيسألني شيئًا عن زوجته التي رآني أتحدث معها في مناسبات مختلفة. «لا أعتقد أن معظم الرجال سيفهمون ذلك حقًّا». ثم سعل. فابتسمت وشجعته على الحديث. قال أخيرًا: «إنه الاكتئاب. أنت تكتب عن الاكتئاب، أليس كذلك؟» أجبت بالإيجاب وانتظرت لحظة أخرى. «ما الذي دفع شخصًا مثلك إلى هذا النوع من المواضيع؟» سألني. قلت له إنني مصابٌ بالاكتئاب وبدأت شرحي المعتاد، لكنه قاطعني. «أنت حقًّا مصابٌ بالاكتئاب؟ هل كان لديك اكتئاب والآن تكتب عنه؟ لأنني في الواقع، رغم أنني لا أحب أن أقول هذا كثيرًا، أمر بأوقاتٍ مروعة. لا أستطيع أن أعرف لمَ. فأنا أحظى بحياة طيبة، وزواج جيد، وأطفال رائعين، كما أنني

قريبٌ جدًّا من الجميع، لكن كان عليَّ أن أذهب لرؤية طبيب نفسي، وقد أعطاني دواءً. والآن أشعر أنني عدت إلى طبيعتي أكثر، لكن هل عدت إليها حقًّا؟ لن أخبر زوجتي أو أطفالي أبدًا لأنهم لن يفهموا ذلك، ولن يعتقدوا أنني رب أسرة جيد وما إلى ذلك. سأتوقف عن تناول الدواء قريبًا»، وفي نهاية حديثنا القصير، طلب مني أن أعده بالتزام السرية.

لم أخبر الرجل أن زوجته تتناول الدواء نفسه الذي يتناوله؛ ولم أخبر الزوجة أن زوجها كان سيتمكن من فهم وضعها جيدًا. لم أخبر أيًّا منهما أن العيش مع الأسرار أمر مرهق، وأن اكتئابهما ربما يتفاقم بسبب الشعور بالخزي أو الخجل. ولم أقل إن الزواج الذي لا يبوح فيه الزوجان بما في صدورهما هو زواج هش. لكنني أخبرت كل واحد منهما أن الاكتئاب غالبًا ما يكون وراثيًّا وأن عليهما أن يهتما بأطفالهما. وأثنيت على الانفتاح باعتباره التزامًا تجاه الجيل القادم.

من المؤكد أن التصريحات الدرامية الأخيرة التي صدرت عن مجموعة واسعة من المشاهير ساعدت في إزالة وصمة العار عن الاكتئاب. فإذا كان بإمكان كل من تيبر جور[2] ومايك والاس[3] وويليام ستايرون[4] التحدث عن الاكتئاب، فربما يستطيع الأشخاص الأقل شهرة أيضًا التحدث عنه. لقد تخليت عن خصوصيتي من خلال نشر هذا الكتاب. ومع ذلك، أود أن أقول إن الحديث عن اكتئابي جعل من الأسهل عليَّ تحمل المرض ومنع عودته. أوصي الجميع بالتحدث عن الاكتئاب. إن إبقاء الأمور سرًّا أمرٌ صعبٌ ومرهق، كما أن تحديد الوقت المناسب للإفصاح عن المعلومات التي أبقيتها سرًّا أمر مزعج حقًّا.

ومن المثير للدهشة أيضًا، أنه بغض النظر عما تقوله عن اكتئابك، فإن الناس لا يصدقونك حقًّا إلا إذا كنت تبدو مكتئبًا بشكلٍ حاد عندما ينظرون إليك ويتحدثون إليك. أنا أجيد إخفاء حالاتي المزاجية؛ وكما قال لي طبيب نفسي ذات مرة، أنا «منعزل بشكل مؤلم عن المجتمع». ومع ذلك، لقد ذُهلت عندما اتصل بي أحد معارفي الاجتماعيين ليخبرني أنه كان يذهب مؤخرًا إلى اجتماعات منظمة مدمني الكحول المجهولين ويريد الاعتذار عن الجفاء الذي كان يعاملني به في بعض الأحيان، الذي لم يكن، كما قال، نتيجة غرور بل نتيجة غيرة عميقة من حياتي «المثالية». لم أتطرق إلى عيوب ومآسي حياتي التي تعد ولا تحصى، لكنني سألته كيف يمكنه أن يقول إنه يحسدني على مقالتي في مجلة نيويوركر، ويعرب عن اهتمامه بكتابتي لهذا الكتاب، وما زال يعتقد أن حياتي تبدو مثالية. قال: «أعلم أنك كنت مكتئبًا في وقت ما، لكن لا يبدو أن ذلك كان له أي تأثير عليك». فأوضحت له أن الاكتئاب قد أثر عليَّ وغيَّر حياتي بأكملها، لكن أستطيع أن أقول إن كلماتي لم تقنعه. إذ لم يسبق له أن رآني أرتعد في السرير، ولم يتمكن من إدراك الحقيقة على الإطلاق. لقد كانت خصوصيتي منتهَكة بشكل كان يحيرني للغاية. أخبرني أحد محرري مجلة نيويوركر مؤخرًا أنني لم أتعرض للاكتئاب قط. احتجَجت عليه بأن الأشخاص الذين لم يُصابَوا بالاكتئاب من قبل لا يتظاهرون به عادة، لكنه لم يقتنع. قال: «بربك، ما الذي يجعلك مكتئبًا بحق الجحيم؟» بدا أن تعافيَّ قد أخفى كل شيء آخر. بدا

تاريخي ونوباتي العديدة غير مهمين على الإطلاق؛ ويبدو أن تصريحي علنًا بأنني كنت أتناول مضادات الاكتئاب لم يصدمه أو يذهله. هذا هو الجانب الغريب من وصمة العار. قال لي: «أنا لا أقتنع بموضوع الاكتئاب هذا برمته». كان الأمر كما لو أنني والأشخاص الذين كتبت عنهم كنا نتآمر لانتزاع أكثر من نصيبنا من التعاطف من العالم. لقد واجهت هذا الأمر مرارًا وتكرارًا، وما زال يذهلني. لم يخبر أحد جدتي قط أنها لا تعاني مرض القلب. لا أحد يقول إن معدلات الإصابة بسرطان الجلد المتزايدة هي مجرد أمر خيالي في أذهان الناس. لكن الاكتئاب مخيف وغير سار لدرجة أن الكثير من الناس ينكرونه ويتبرؤون من المصابين به.

ومع ذلك، هناك خط رفيع بين كونك مُنفتحًا وكونك مزعجًا. من المحزن الحديث عن الاكتئاب، وليس هناك ما هو أكثر إزعاجًا ومللًا من شخص يتحدث عن معاناته طوال الوقت. عندما تكون مكتئبًا، لا يمكنك التحكم في نفسك، ويكون اكتئابك هو كل ما يحدث لك؛ لكن هذا لا يعني أن الاكتئاب يجب أن يكون الموضوع الأساسي لمحادثتك لبقية حياتك. كثيرًا ما سمعت الناس يقولون: «لقد استغرق الأمر سنوات حتى أتمكن من إخبار طبيبي النفسي بأنني...». ودائمًا ما اعتقدت أنه من الجنون أن تُخبر الناس بالأشياء التي تقولها لطبيبك النفسي في أثناء الفعاليات الاجتماعية المختلفة.

ولا يزال التحيز، الناشئ في كثير من الأحيان عن انعدام الأمن، سائدًا. في أثناء القيادة مع بعض المعارف مؤخرًا، مررنا بمستشفى شهير. قال أحدهم: «أوه، انظروا، هذا هو المكان الذي صُعقت فيه إيزابيل بالكهرباء». وحرك سبابته اليسرى حول أذنه في إشارة إلى الجنون. شعرت بالغضب لكن سألت بهدوء عما حدث لإيزابيل بالضبط ووجدت، كما توقعت، أنها تلقت العلاج بالصدمات الكهربائية في المستشفى المعني. قلت: «لا بد أنها واجهت وقتًا عصيبًا»، محاولًا الدفاع عن الفتاة المسكينة دون أن أكون جديًّا للغاية. «فكروا في مدى الصدمة التي يمكن أن تكون عليها الصدمة». قال ذلك ثم انفجر ضاحكًا؛ ثم أردف: «لقد كدت أن أخضع للعلاج بالصدمات الكهربائية في أحد الأيام عندما كنت أحاول إصلاح مجفف شعر زوجتي». أحب روح الدعابة وأقدِّرها ولم أشعر بالإهانة أو الإساءة حقًّا مما قاله، لكنني حاولت أن أتخيل لو كانت إيزابيل تتلقى علاجًا كيميائيًّا للسرطان في ذلك المستشفى ومررنا من أمامه، وتساءلت: هل كنا سنلقي نكات مماثلة؟

إن قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة ADA، وهو المرسوم الصادر عن الكونجرس الذي منح تسهيلات كبيرة للمعاقين، يتطلب من أصحاب العمل عدم وصم المرضى النفسيين.[5] وهذا يثير أسئلة صعبة، العديد منها بات يُناقَش بشكل عام منذ صدور كتاب «الاستماع إلى بروزاك». هل ينبغي لمديرك في العمل أن يطلب منك تناول مضادات الاكتئاب إذا كان أداؤك لا يلبي توقعات الأداء؟ وإذا توقفت عن تناول الدواء، فهل يستطيع أن يطردك لأنك لم تفعل ما هو مناسب للموقف؟ صحيح أنه لا ينبغي منع الأشخاص الذين يعانون مرضًا تحت السيطرة من العمل قدر استطاعتهم. ومن ناحية أخرى، فإن الحقيقة القبيحة هي أن المصابين بالشلل

النصفي لا يمكنهم العمل كحاملي أمتعة، ولا يمكن للفتيات البدينات أن يصبحن عارضات أزياء. إذا عينت شخصًا في شركتي يعاني الاكتئاب بانتظام، فسوف أشعر بالإحباط قليلًا. يتفاعل التحيز والبراجماتية وتكون النتيجة ضد المصابين بالاكتئاب بشكل صارخ في بعض المجالات وبشكل أقل وضوحًا في مجالات أخرى. لا تسمح جمعية الطيران الفيدرالية للأشخاص الذين يعانون الاكتئاب بالقيادة التجارية؛ فإذا استخدم الطيار مضادًا للاكتئاب، فيجب عليه التقاعد.(6) ومن المرجح أن يؤدي هذا إلى تجنب عدد كبير من الطيارين المصابين بالاكتئاب للعلاج، وأعتقد أن الركاب حينها سيكونون أقل أمانًا بكثير مما سيكونون عليه مع الطيارين الذين يتناولون عقار بروزاك. ومع ذلك، يمكن للمرء أن يجتاز الأزمات الأكثر حدة؛ فقد منحنا الدواء الكثير من القوة. ولكن هناك حدودًا للمرونة. على سبيل المثال لن أصوت في انتخابات رئاسية لرئيس هش. ورغم أنه قد يكون من الرائع أن يكون لدينا زعيم يفهم بشكل مباشر ما مر به أفراد من أمثالي، فإن الحقيقة هي أنني لا أستطيع أن أصبح رئيسًا وسوف تكون كارثة بالنسبة إلى العالم إذا حاولت ذلك. الاستثناءات القليلة لهذه القاعدة، مثل أبراهام لنكولن أو ونستون تشرشل، اللذين عانيا الاكتئاب، استخدما قلقهما وحرصهما كأساس للقيادة. ومع ذلك، فإن هذا يتطلب شخصية غير عادية حقًّا ونوعًا محددًا من الاكتئاب لا يعيق المرء خلال اللحظات الحرجة.

ومن ناحية أخرى، فإن الاكتئاب لا يجعل الشخص عديم الفائدة. عندما تواصلنا أنا وبول بيلي ماسون لأول مرة، كان يعاني الاكتئاب معظم حياته؛ في الواقع، تقابلنا في الذكرى السنوية الخمسين لجلسته الأولى من العلاج بالصدمات الكهربائية. لقد عاش حياة مؤلمة. عندما أظهر «مشكلات تأديبية» في سن المراهقة، طلبت والدته من بعض الأفراد القريبين منها مهاجمته. في وقت لاحق، أودِع قسريًّا في مصحة، وتعرض هناك للضرب المبرح؛ ثم تمكَّن أخيرًا من الفرار في أثناء أعمال شغب قام بها المرضى. لقد كان يتلقى معونات التأمين الاجتماعي منذ ما يقرب من عشرين عامًا. وخلال تلك الفترة حصل على درجة الماجستير. وفي أواخر الستينات من عمره، متأثرًا بأعباء عمره وتاريخه الطبي، طلب المساعدة في العثور على عمل، وأخبره المسؤولون على جميع المستويات أنه لا يوجد عمل لشخص مثله وأنه لا ينبغي له أن يرهق نفسه بالبحث. أعرف مدى إنتاجية ماسون كعامل لأنني قرأت سلسلة طويلة من الرسائل التي أرسلها إلى خدمات إعادة التأهيل في ولاية كارولينا الجنوبية، حيث يعيش، وإلى مكتب الحاكم، وإلى أي شخص آخر يمكن أن يفكر فيه، التي أراها جميعًا لي. عند تناوله الدواء، كان يصبح بحالة جيدة. قيل لماسون إن الوظائف المتاحة للأشخاص في مثل وضعه هي جميعها أعمال يدوية، وإنه إذا أراد وظيفة باستخدام عقله، فعليه الاعتماد على نفسه. عمل بالتدريس من حين لآخر، وهو العمل الذي كان ينطوي معظمه على تنقلات شاقة من منزله، لكنه تمكَّن من الحفاظ على رباطة جأشه وكتب مئات ومئات الصفحات التي يناقش فيها قضيته، ويشرح موقفه، ويطلب المساعدة؛ لكنه لم يحظَ سوى ببعض الردود التقليدية.

ومن خلال قراءة تلك الرسائل، أشك في أنها وصلت إلى شخص ربما كان قادرًا على مساعدته. كتب لي يقول: «الاكتئاب يخلق سجنًا. أجلس هنا في شقة صغيرة للغاية وأكافح من أجل العثور على عمل. عندما لا أستطيع تحمل البقاء وحدي، كما حدث في يوم عيد الميلاد العام الماضي، أذهب وأركب مترو الأنفاق. إنه أقرب ما يمكِّنني من الوصول إلى أشخاص آخرين في ظل الظروف الحالية». وقد عبَّر العديد من الآخرين الذين التقيتهم عن تلك المشاعر نفسها. كتبت إحدى النساء التي شعرت بالعزلة الاجتماعية بسبب إخفاقاتها المهنية: «أنا أختنق بشدة تحت وطأة عدم العمل».

ريتشارد بارون هو عضو مجلس إدارة الرابطة الدولية لخدمات إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي (IAPSRS)، وهي منظمة للعاملين في الطب النفسي، التي تضم حاليًّا ما يقرب من ألفي عضو. يقول ريتشارد إن الأشخاص المكتئبين أنفسهم «بدؤوا في التعبير عن مخاوفهم العميقة بشأن فراغ حياتهم في المجتمع دون فوائد الوظيفة التي تساعد على بناء الذات، والترابط الاجتماعي، وإدرار الدخل، مما يدل على مدى قوة العمل كجزء أساسي من عملية التعافي».[7] ويكشف تحليل برامج المساعدات الحالية عن مشكلة فظيعة تعانيها. فهؤلاء الأشخاص المصابون بالاكتئاب الذين يمكن تصنيفهم على أنهم معاقون في الولايات المتحدة مؤهلون للحصول على تأمين العجز وفق الضمان الاجتماعي (SSDI) ودخل الضمان الإضافي (SSI)؛ كما أنهم مؤهلون، بشكل عام، لبرنامج ميدكيد للتأمين الطبي، الذي يدفع مقابل علاجات مستمرة باهظة الثمن. ويخشى الأشخاص الذين يحصلون على هذه الأنواع من الدعم والإعانات من الحصول على وظيفة خشية أن يفقدوها؛ وفي الواقع، أقل من نصف بالمائة من أولئك الذين يتلقون على هذه الإعانات يتخلون عنها للعودة إلى القوى العاملة. يكتب بارون: «إن الثقافة المحيطة بالمرض النفسي الخطير لا تحتوي على مفهوم أكثر خطأً من مفهوم أن الأشخاص الذين يعودون إلى العمل سوف يفقدون على الفور جميع إعانات الضمان الاجتماعي الخاصة بهم ولن يتمكنوا أبدًا من استعادتها. تعترف منظومة الصحة النفسية بأهمية التوظيف كهدف، لكنها تظل مشلولة في قدرتها على تمويل خدمات إعادة التأهيل».

وعلى الرغم من أن الأبحاث الأكثر قابلية للتطبيق في مجال الصحة النفسية قد أُجريت داخل مجال الصناعات الدوائية، فإنه في الولايات المتحدة كُشِف عن آليات الدماغ الأكثر بدائية في المعهد الوطني للصحة النفسية، الذي يقع في مدينة بيثيسدا بولاية ماريلاند. وهو واحد من ثلاثة وعشرين معهدًا يُشكلون المعاهد الوطنية للصحة[8]؛ كما توجد أيضًا إدارة خدمات تعاطي المخدرات والصحة النفسية (SAMHSA)، التي تقوم ببعض الأعمال المتعلقة بالاكتئاب ولكنها ليست جزءًا من المعهد الوطني للصحة النفسية. في كلٍّ من المعهد الوطني للصحة النفسية وإدارة خدمات تعاطي المخدرات والصحة النفسية، يُنظَر إلى الفائدة الفورية للأبحاث التطبيقية على أنها ثانوية مقارنة بزيادة المعرفة الإنسانية من خلال البحوث النظرية. يقول النائب جون بورتر بطريقة عملية: «إذا تمكَّنت من كشف أسرار المرض، فيمكنك أن

تفعل الكثير للوقاية من المرض. إذا استثمرت المال في الأبحاث، يمكنك في النهاية إنقاذ الأرواح والحد من البؤس. لقد بدأ الناس يدركون أن الفوائد كبيرة جدًّا مقارنة بالاستثمار الذي يتم القيام به».

في أوائل التسعينيات، طلب الكونجرس الأمريكي من ستة فائزين بارزين بجائزة نوبل في العلوم ترشيح موضوعين للقيام بأبحاث رئيسية حولهما. فاختار خمسة من الستة الدماغ.[9] وأعلن الكونجرس الفترة من عام 1990 إلى عام 2000 على أنها «عقد الدماغ»، وخصَّص موارد هائلة لأبحاث الدماغ. يقول النائب بوب وايز (ديمقراطي من ولاية فرجينيا الغربية): «سيُذكر هذا باعتباره واحدًا من أهم المراسيم التي أصدرها الكونجرس لتعزيز معرفة البشرية عن نفسها». خلال عقد الدماغ، زاد التمويل المخصص للأمراض النفسية بشكل كبير، و«بدأ الناس يدركون أن المرض النفسي هو مرض مثل الأمراض الأخرى»، كما يقول بورتر. «لقد اعتاد الناس رؤية المرض النفسي باعتباره حفرة لا نهاية لها تلتهم الأموال، وتتطلب علاجًا نفسيًّا لا نهاية له، بحيث تكون التكاليف باهظة، والتحسُّن موضع شك. لكن الأدوية الجديدة غيرت كل ذلك. أما الآن، فأشعر بالقلق من أننا بدأنا في تجاهل الأشخاص الذين لا تساعدهم الأدوية».

داخل الحكومة الأمريكية، كان السيناتور بول ويلستون (ديمقراطي من ولاية مينيسوتا) والسيناتور بيت دومينيسي (جمهوري من نيو مكسيكو) من أكثر المدافعين صراحة عن تحسين قانون الصحة النفسية. وفي الوقت الحالي، يتعلق الصراع السياسي الذي يحتل مركز الصدارة في تكافؤ التأمين. فحتى الأمريكيون الذين يتمتعون بتغطية صحية شاملة غالبًا ما يكون لديهم دعم محدود في مجال الصحة النفسية؛ في الواقع، أكثر من 75% من الخطط الصحية في الولايات المتحدة تقدم تغطية أقل لمشكلات الصحة النفسية مقارنة بالأمراض الأخرى.[10] فعلى المستوى السنوي، قد يكون الحد الأقصى لتأمين الصحة النفسية الخاص بك أقل من 5% من الحد الأقصى للأمراض «العادية». ومنذ بداية عام 1998، لم يكن من القانوني للشركات الأمريكية التي لديها أكثر من خمسين موظفًا التي تقدم خططًا صحية أن تخفض الحدود القصوى لتغطية الصحة النفسية، ولكن لا يزال بإمكان تلك الشركات الحصول على مدفوعات مشتركة أعلى (المبلغ الذي يجب على المريض دفعه مقابل ما تدفعه شركة التأمين) للأمراض النفسية مقارنة بالشكاوى الأخرى، بحيث لا تزال الأمراض النفسية، في الواقع، غير مغطاة بشكل مماثل. يقول لوري فلين، الذي يرأس تحالف نادونال للمرضى النفسيين، وهي مجموعة المناصرة الرائدة للمرضى النفسيين في البلاد: «إن مسألة أن معظم السياسات لا توفر التغطية لابنتي المصابة بالاكتئاب على الأساس نفسه الذي توفره لها لو كانت مصابة بالصرع هو أمر صادم ولا يُصدق. أحظى بدعم مناسب لعلاج التهاب المفاصل الروماتويدي لأن هذا مرض «حقيقي»، بينما يُنظَر إلى مرض ابنتي على أنه ليس كذلك. من الصعب جدًّا تعريف الصحة النفسية؛ فقليل من الناس يتمتعون بصحة نفسية مثالية. مجتمعنا ليس ملزمًا

أن يقدم لي تغطية تأمينية من أجل سعادتي الشخصية، ولا يمكنه تحمل تكاليف ذلك. لكن المرض النفسي أكثر وضوحًا. إنه ينضم إلى قطار المجموعات المحرومة التي تحاول المطالبة بنصيبها العادل». يحمي قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) الأشخاص الذين يعانون «إعاقات عقلية وجسدية»، لكن المرض النفسي لا يزال يُشكل عائقًا شديدًا أمام التوظيف، ومثقلًا بالوصمة. يقول فلين: «لا يزال هناك شعور بأنك لو كنت شخصًا قويًّا حقًّا، لما حدث لك هذا. إذا كنت شخصًا يعيش حياة منضبطة حقًّا، وحظيت بنشأة جيدة، ولديك أهداف ودوافع، فلن يحدث لك ذلك».

ومثل كل الحركات السياسية، تعتمد هذه الحركة على التبسيط المفرط. يقول فلين: «إنه خلل في التوازن الكيميائي، مثل الكلى أو الكبد». في الواقع، هناك رغبة معينة في الحصول على الأمرين: الرغبة في العلاج والرغبة في الحماية. «لقد كوَّنا حملة مدتها خمس سنوات لإنهاء التمييز من خلال جعل الناس ينظرون إلى هذه الأمراض باعتبارها اضطرابات دماغية وليس أكثر من ذلك». وهو أمر صعب، لأنها اضطرابات في الدماغ وأكثر من ذلك. يعاني روبرت بورستين اضطراب ثنائي القطب وهو من بين أبرز وأشهر الأشخاص الذين صرحوا بأمراضهم النفسية في البلاد. لقد أصبح متحدثًا عامًّا في موضوع المرض النفسي. يقول: «هناك أشخاص في «الحركة» يصيبهم الغضب الشديد عندما يرون كلمة مجنون تُستخدم بشكل غير صحيح».

تُشكل منظمات الحفاظ على الصحة (HMOs) تحديات كبيرة للأفراد المكتئبين. تشارك سيلفيا سيمبسون، الطبيبة في جامعة جونز هوبكنز، تجاربها المثيرة للقلق مع منظمات الحفاظ على الصحة. «أقضي المزيد والمزيد من الوقت على الهاتف مع ممثلي شركات الرعاية المُدارة، في محاولة لتبرير بقاء المرضى هنا. إذا لم تكن لدى المرضى ميول انتحارية حادة في ذلك اليوم حتى لو كانوا لا يزالون مرضى للغاية، يُطلب مني السماح لهم بالخروج. فأقول إنهم بحاجة إلى أن يكونوا هنا، لكنهم لا يوافقون. فأطلب من أفراد الأسرة أن يتصلوا بالمحامين، وأن يكافحوا. يكون المرضى مُستنزفين جدًّا بحيث لا يمكنهم القيام بذلك. نشعر أنه يتعين علينا إبقاء الأشخاص هنا حتى يصبح من الآمن لهم الذهاب إلى مكان آخر. وهكذا ينتهي الأمر بتحمل الأسرة تكاليف الفاتورة؛ وإذا لم يتمكنوا من دفعها، فإننا نتحمل التكلفة. ومع ذلك، فإن الحفاظ على هذه الممارسة أمر صعب، ويسمح لشركات التأمين باستغلال الوضع. وهذا لا يشكل ضغطًا على موارد المستشفى فحسب، بل يساهم أيضًا في زيادة الاكتئاب بين المرضى». وفي المستشفيات الأقل ثراءً، التي تتمتع بقيادة أقل تصميمًا، فإن تحمل ديون المرضى يكون غير ممكن في كثير من الأحيان؛ والمكتئبون ليسوا في وضع يسمح لهم بمناقشة قضاياهم مع شركات التأمين الخاصة بهم. يؤكد فلين: «نحن نعرف حالات عديدة لأشخاص خرجوا من المستشفى بقرار من منظمات الحفاظ على الصحة، بينما لم يكونوا متعافين، ونتيجة لذلك انتحروا. هناك بالفعل وفيات ناجمة عن هذه السياسات».

تقول جين ميراندا: «ربما إذا كان هناك مسدس مصوب إلى رأسك، فقد تتمكن من تأمين التغطية لعلاجك. ومع ذلك، إذا خففت من الضغط، فقد تجد نفسك دون دعم وتُترك لتتعامل مع الموقف بنفسك».

الاكتئاب مرض باهظ التكلفة. لقد كلفني الانهيار الأول أنا والتأمين الخاص بي خمسة أشهر من العمل متمثلة في زيارات بتكلفة 4000 دولار للطبيب النفسي؛ و10,000 دولار للعلاج بالكلام؛ 3500 دولار للأدوية.(11) لقد وفَّرت بالطبع الكثير لأنني لم أتحدث في الهاتف، أو أذهب إلى المطاعم، أو أشتري أو أرتدي ملابس كثيرة؛ كما أن العيش في منزل والدي قد خفَّض فاتورة الكهرباء في منزلي. لكن الجانب الاقتصادي للاكتئاب ليس بسيطًا. يقول روبرت بورستين: «لنفترض أن بوليصة التأمين الخاصة بك تغطي خمسين بالمائة من عشرين زيارة سنويًا للطبيب النفسي. بالإضافة إلى ذلك، فإنها تغطي ثمانين بالمائة من الأدوية بعد صرف ألف دولار. وهذا يعتبر سياسة جيدة. فمَن يستطيع تحمل تلك التكلفة؟ عندما أُدخِلت إلى المستشفى للمرة الثانية، قالت شركة التأمين الخاصة بي إن هناك حدًّا أقصى لي، وكان على أخي أن يدفع ثمانية عشر ألف دولار لإدخالي إلى المستشفى». بعد ذلك، رفع بورستين دعوى قضائية ضد شركة التأمين الخاصة به وفاز بتسوية، لكن الموارد اللازمة لرفع مثل هذه الدعاوى شحيحة. «أنفق الآن نحو عشرين ألف دولار سنويًا من أجل الحفاظ على صحتي النفسية والعقلية، دون دخول المستشفى. فحتى أبسط حالات الاكتئاب تكلِّف ما لا يقل عن ألفين أو ألفين وخمسمائة دولار سنويًا، ويبدأ العلاج في المستشفى لمدة ثلاثة أسابيع بأربعة عشر ألف دولار».

والحقيقة أن مجلة الجمعية الطبية الأمريكية قد قدَّرت مؤخرًا التكلفة السنوية للاكتئاب في الولايات المتحدة بنحو 48 مليار دولار: 12 مليار دولار كتكاليف مباشرة و31 مليار دولار كتكاليف غير مباشرة. ومن هذا المبلغ، تُخسَر 8 مليارات دولار بسبب الوفاة المبكرة لأفراد من القوى العاملة يحتمل أن يكونوا منتجين؛ ويُفقَد 23 مليار دولار بسبب الغياب أو فقدان الإنتاجية في أماكن العمل. وهذا يعني أن صاحب العمل العادي يخسر نحو 6000 دولار سنويًا لكل موظف مكتئب.(12) تقول مجلة الجمعية الطبية الأمريكية: «إن النموذج المستخدم في هذه الدراسة يقلل من التكلفة الحقيقية للمجتمع لأنه لا يشمل الآثار الضارة للألم والمعاناة وغيرها من قضايا جودة الحياة. علاوة على ذلك، فإن هذه التقديرات متحفظة لأن الدراسة لم تأخذ في الاعتبار تكاليف مهمة أخرى مثل النفقات الإضافية للأسر، والرعاية الطبية للحالات الطبية غير النفسية الناتجة عن الاكتئاب، والاختبارات التشخيصية التي تبحث عن تشخيصات طبية عامة عندما يكون الاكتئاب هو سبب الأعراض التي يعانيها المريض».

منذ أن قدم السيناتور ويلستون تشريعات الصحة النفسية لأول مرة في عام 1996، قاد المعركة لجعل هذا التمييز بين المرض النفسي والجسدي غير قانوني. وبينما لا يزال تشريع التكافؤ معلقًا، فإن فكرة الفصل بين الأمراض الجسدية والنفسية آخذة في الانهيار، ومن

الملائم سياسيًّا، بل وربما من الضروري، التمسك بوجهة النظر البيولوجية، والسماح للكيمياء بتخفيف المسؤولية الشخصية، وجعل المرض النفسي متكافئًا مع المرض الجسدي بشكل كبير.[13] يقول السيناتور دومينيسي: «سيكون من المثير للاهتمام رفع دعوى قضائية في وقت ما ضد شركة التأمين التي رفضت التكافؤ، والقول، على أساس الحماية المتساوية، بأن الاضطرابات النفسية هي اضطرابات جسدية، وإنه لا يمكنك استبعاد المرض النفسي إذا كنت تزعم تغطية جميع الأمراض الجسدية التي حدَّدها الأطباء». لقد أُقِر مؤخرًا تشريع أولي للمساواة بين المرض النفسي والجسدي، ولكن «الأمر به الكثير من الثغرات»، كما قالت النائبة مارسي كابتور (ديمقراطية من ولاية أوهايو). فهو لا ينطبق على الشركات التي لديها عدد قليل من الموظفين؛ ويضع حدودًا مالية إجمالية للرعاية الصحية؛ ويسمح لشركات التأمين بوضع قيود صارمة على الإقامة في المستشفى أو خدمات العيادات الخارجية للمرضى النفسيين؛ ويسمح لشركات التأمين بطلب مدفوعات من المريض أعلى للأمراض النفسية مقارنة بالأمراض الجسدية. ورغم أن فكرة وجود مثل هذا التشريع من الأساس تبعث على التفاؤل، فإنه لا يفعل الكثير لتغيير الوضع الراهن. ويأمل ويلستون ودومينيسي في تقديم مشروع قانون أكثر صرامة.

من الصعب أن تجد أي شخص في الكونجرس يعارض من حيث المبدأ علاج المرضى النفسيين؛ وكما يشير النائب جون بورتر فإن المقاومة تدور في المقام الأول حول المخاوف المتعلقة بالمنافسة. ورغم أن التصريحات حول الطبيعة المأسوية للانتحار وخطر الشكاوى النفسية تتراكم في سجلات الكونجرس، فإن التشريعات ذات الصلة بهذه الإحصائيات لا تمر بسهولة. فعندما يزداد نطاق التغطية، ترتفع تكلفتها، وفي النظام الأمريكي الحالي يعني ذلك أن عددًا أقل من الأشخاص سيتمتعون بالتغطية الطبية؛ إذ يسقط أربعمائة ألف شخص من سجلات التأمين مقابل كل زيادة بنسبة 1% في تكلفة التأمين.[14] لذا، إذا أدى إحداث التكافؤ بين المرض النفسي والجسدي إلى زيادة تكلفة الرعاية الطبية بنسبة 2.5%، فإن مليون أمريكي إضافي سيصبحون دون تأمين صحي. وتُبين تجارب التكافؤ أنه في الواقع لا يؤدي بالضرورة إلى زيادة التكاليف بأكثر من 1%؛ فالأشخاص الذين يتلقون رعاية صحية نفسية كافية يكونون أكثر قدرة على تنظيم نظامهم الغذائي وممارسة الرياضة وزيارة الأطباء في الوقت المناسب حتى يصبح الطب الوقائي فعالًا، وبالتالي فإن تأمين الصحة النفسية يغطي تكاليفه إلى حد كبير. علاوة على ذلك، مع تزايد الأدلة على أن الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب الخطير يكونون أكثر عرضة لمجموعة متنوعة من الأمراض (بما في ذلك العدوى والسرطان وأمراض القلب) من عامة السكان، تصبح رعاية الصحة النفسية جزءًا من برنامج متوازن اقتصاديًّا واجتماعيًّا لتحسين الصحة الجسدية.[15] وفي تلك الأماكن التي طُبِّق فيها مبدأ التكافؤ، فإن التكلفة المضافة الإجمالية في السنة الأولى كانت أقل من 1% للتأمين العائلي.[16] ومع ذلك، فإن جماعات الضغط في مجال التأمين تخشى دائمًا من فكرة أن التكاليف سوف

تخرج عن نطاق السيطرة، وتُظهر الحجج في مجلس الشيوخ أن اقتصاديات رعاية الصحة النفسية لا تزال تنطوي على إشكالية كبيرة في أذهان العديد من الناس.

تقول النائبة مارج روكيما (الجمهورية من ولاية نيوجيرسي) بشكل قاطع: «إن تأخير التدخل بسبب قيود التأمين لا يؤدي إلى توفير التكاليف، بل إن مثل هذا التأخير يساهم في الواقع في زيادة النفقات». شكل مجلس النواب لجنة العمل المعنية بالصحة النفسية (بعد أن تقرر أن تسمية «لجنة العمل المعنية بالأمراض النفسية» بدت خطيرة)، التي يرأسها النائب روكيما والنائب كابتور. وكانت المناقشات في مجلس الشيوخ تدور حول التكافؤ بين المرض النفسي والجسدي كقضية تتعلق بالحقوق المدنية. يقول السيناتور دومينيسي: «أعتقد أننا ننتهك الحقوق المدنية عندما نأخذ مجموعة كبيرة مثل هذه ونقول فقط: «حسنًا، كافحوا معًا». لا يمكننا أن نتعامل مع المرضى النفسيين وكأنهم غريبو الأطوار». ويقول السيناتور هاري ريد (ديمقراطي من ولاية نيفادا): «عندما نرى سيدة شابة تعاني مشكلات في الدورة الشهرية، أو شاب مصاب بالربو نأخذهم إلى الطبيب على الفور؛ ويُعتَنى بهم بسرعة كبيرة. ولكن إذا كانت تلك السيدة الشابة وذلك الشاب لا يتحدثان إلى أي شخص، ويزنان مائتين وتسعين رطلًا وطولهما خمسة أقدام، فماذا في ذلك؟ قلت مؤخرًا: «سيدي الرئيس، أعتقد أننا يجب أن نعقد جلسة استماع حول الانتحار». إننا ننفق الكثير والكثير من المال للتأكد من أن الناس يقودون سياراتهم بأمان. ونفعل الكثير للتأكد من أن الطائرات آمنة. ولكن ماذا نفعل حيال هؤلاء الواحد وثلاثين ألف شخص الذين ينتحرون سنويًّا؟».

لقد كان التركيز منصبًّا في مجلس النواب على فكرة أن المرضى النفسيين يُشكلون خطرًا. أصبحت العديد من حالات العنف المرتبطة بالمرض النفسي بمنزلة رمز، بما في ذلك إطلاق النار على رونالد ريجان على يد جون هينكلي، وحادثة أونابومبر، وحادثة الكابيتول هيل حيث قُتل شرطيان بالرصاص على يد راسل ويستون جونيور، وحالة أندرو جولدستين المصاب بالفصام الذي دفع امرأة تحت قطار أنفاق في نيويورك، بالإضافة إلى إطلاق نار في مكاتب البريد والمدارس في مواقع مختلفة مثل ليتلتون، وأتلانتا، وكنتاكي، وميسيسيبي، وأوريجون، ودنفر، وألبرتا. ووفقًا للبيانات الصحفية الأخيرة، نُسبت أكثر من ألف جريمة قتل في عام 1998 إلى أشخاص يعانون أمراضًا نفسية.[17] صحيح أن الاكتئاب متورط بشكل أقل بكثير من الاكتئاب الهوسي أو الفصام في تلك الحوادث، ولكن الاكتئاب الهياجي يقود الناس إلى أعمال عنف. إن التركيز على الأشخاص المصابين بأمراض نفسية الذين يمثلون خطورة يزيد من وصمة العار ويعزز التصور العام السلبي للأشخاص الذين يعانون أمراضًا نفسية.[18] ومع ذلك، فهو فعال للغاية لجمع الأموال؛ إذ إن العديد من الناس الذين لا يدفعون المال لمساعدة الغرباء سوف يدفعون بكل سرور لحماية أنفسهم، واستخدام حجة «أمثال هؤلاء يقتلون أمثالنا» تساعد في تمكين العمل السياسي. أظهرت دراسة بريطانية حديثة أنه على الرغم من أن 3% فقط من المرضى النفسيين يعتبرون خطرين على الآخرين، فإن ما يقرب

من 50% من التغطية الصحفية للمرضى النفسيين تركز على خطورتهم. قال النائب كابتور: «إن الأعضاء الأذكياء للغاية في الكونجرس على استعداد للتعامل مع الأمر بعقلية تحصينية تركز على الأمن بدلًا من محاولة فهم الظروف التي تحفز الأعمال الشنيعة، ولذا فهم يريدون بناء سياج من الأسلاك الشائكة وزيادة الشرطة لتجنب المشكلات التي ينبغي معالجتها من خلال زيادة تمويل الصحة النفسية. إننا ننفق مليارات الدولارات على الدفاع عن أنفسنا ضد هؤلاء الأشخاص، في حين أنه كان بإمكاننا مساعدتهم بأقل من ذلك بكثير». قال لي الرئيس كلينتون، الذي كان له سجل قوي في الدفاع عن حقوق المرضى النفسيين الذي دعم مؤتمر البيت الأبيض حول الأمراض النفسية الذي عقده تيبر آل جور: «حسنًا، لا يسعنا إلا أن نأمل أن يجلس الناس وينتبهوا إلى خطورة هذه المشكلة بعد المأساة التي وقعت في ليتلتون، وبعد أتلانتا، وبعد إطلاق النار على رجال الشرطة في الكابيتول هيل. لذا يبدو أن حدوث تغيير تشريعي كبير في هذا المجال يتطلب الكثير من المآسي».

تشير النائبة لين ريفرز إلى أن «الناس هنا، سواء كانوا لطفاء أو غير ذلك، لا يتخذون قرارات لمجرد أنهم على حق بالمعنى الأخلاقي المجرد. عليك أن توضح لعامة الناس أن هذا في مصلحتهم». إنها مؤيدة قوية لمشروع القانون الذي اقترحته روكيما وكابتور، وهي مثل هذين النائبين، تشعر بالأسف بشأن صياغة مشروع القانون. إذ بدلًا من استخدام لغة أخلاقية حول المسؤولية الأخلاقية، يركز مشروع القانون، الذي اقتُرِح ردًّا على إطلاق النار على ويستون في مبنى الكابيتول، على الحماية الذاتية. قالت لي روكيما: «بالطبع نريد مساعدة الأشخاص المصابين بأمراض نفسية غير عنيفة بقدر ما نريد السيطرة على الأشخاص العنيفين. لكننا عندما نحاول جذب أي نوع من الدعم الجوهري، يجب أن نُظهر للناس أن من مصلحتهم الشخصية الملحة أن يفعلوا شيئًا حيال ذلك الأمر. علينا أن نتحدث عن منع الجرائم الفظيعة التي يمكن أن تلحق بهم أو بعائلاتهم في أي لحظة. لا يمكننا أن نتحدث ببساطة عن نظام أفضل ودولة أكثر ازدهارًا وإنسانية». نادرًا ما تُستَخدَم الحجج الاقتصادية، ولا تزال فكرة إخراج الناس من مظلة المساعدات الاجتماعية ودخولهم في النظام الرأسمالي غامضة بالنسبة إلى الكونجرس؛ على الرغم من أن دراسة حديثة في معهد ماساتشوستس للتكنولوجيا أظهرت أنه عندما يعاني الناس اكتئابًا شديدًا فإن قدرتهم على القيام بالعمل تنخفض بشكل كبير ولكنها تعود إلى مستوى شِبه طبيعي مع العلاج المضاد للاكتئاب.[19] وتشير دراستان أخريان إلى أن التوظيف المدعوم للمرضى النفسيين هو الوسيلة الأكثر فائدة اقتصاديًّا في التعامل معهم.[20]

بدأت الأبحاث الحديثة التي تربط الاكتئاب بأمراض أخرى في التأثير على المُشرعين وحتى على منظمات الحفاظ على الصحة. فإذا كان الاكتئاب غير المُعالَج يجعلك أكثر عرضة للإصابة بالسرطان وأمراض القلب وأمراض أخرى، فمن الصعب تجاهله. ومن المفارقات السياسية أنه كلما زادت تكلفة علاج الاكتئاب غير المعالج، زادت الأموال المتاحة لعلاجه. قال جون ويلسون

ذات مرة، الذي كان مرشحًا لمنصب عمدة واشنطن العاصمة وانتحر في الأخير: «أعتقد أن عدد الأشخاص الذين يموتون بسبب الاكتئاب أكبر من عدد الذين يموتون بسبب الإيدز، أو مشكلات القلب، أو ارتفاع ضغط الدم، أو أي شيء آخر، وذلك ببساطة لأنني أعتقد أن الاكتئاب يجلب كل هذه الأمراض».

* * *

ورغم احتدام الجدل حول مسألة التماثل في التأمين بين الأمراض الجسدية والنفسية، فلا توجد مناقشة حول ما يجب فعله بشأن الاكتئاب بين غير المؤمَّن عليهم. يقدم برنامجا ميدكير Medicare وميدكيد Medicaid مستويات مختلفة من الخدمة في ولايات مختلفة، لكنهما لا يقدمان برامج تبحث عن المرضى وتقدم الدعم لهم، ومعظم المعوزين المكتئبين غير قادرين على جمع شتات أنفسهم لطلب المساعدة. إن الحجج المؤيدة لعلاج المكتئبين المعوزين تبدو لي هائلة، ولذلك ذهبت إلى الكونجرس لمشاركة الخبرات المتعلقة بالفصل الأخير. لقد ذهبت هناك بصفتي ناشطًا -بالصدفة!- وكذلك صحفيًّا. كنت أرغب في معرفة ما يجري، ولكني أردت أيضًا إقناع الحكومة الأمريكية بالمضي قدمًا في الإصلاحات التي من شأنها أن تخدم مصالح الأمة والشعب الذي تأثرتُ بشدة بقصصه. أردت أن أشارك المعرفة التي اكتسبتها. كان لدى السيناتور ريد فهم حقيقي للموقف فقد قال: «قبل بضع سنوات، تنكرت، كما لو كنت بلا مأوى، وارتديت قبعة بيسبول وملابس قديمة، وقضيت يومًا في ملجأ للمشردين في لاس فيجاس. ثم في اليوم التالي فعلت الشيء نفسه في رينو. يمكنك كتابة كل المقالات التي تريدها عن دواء بروزاك وعن جميع الأدوية الإعجازية الحديثة التي توقف الاكتئاب. لكن هذا لا يساعد هذه المجموعة من الناس». ريد نفسه نشأ في فقر وانتحر والده. «لقد عرفت أنه لو كان لدى والدي شخص ما للتحدث معه، وبعض الأدوية، فربما لم يكن ليقتل نفسه. ولكننا ما زلنا لم نصدر تشريعًا لذلك».

عندما التقيت السيناتور دومينيسي، أحد رعاة قانون تكافؤ الصحة النفسية، عرضت عليه المعلومات السردية والإحصائية التي جمعتها، ثم اقترحت التوثيق الكامل للاتجاهات التي بدت متضمنة بشكل واضح في هذه القصص. قلت: «لنفترض أننا تمكنا من جمع بيانات لا تقبل الجدل، وأن مسائل التحيز، والمعلومات غير الكافية، والتحزب يمكن حلها بالكامل. لنفترض أنه يمكننا القول إن العلاج السليم للصحة النفسية للسكان المعوزين الذين يعانون الاكتئاب الشديد يخدم الاقتصاد الأمريكي، ومكتب شؤون المحاربين القدامى، والصالح الاجتماعي ودافعي الضرائب الذين يدفعون الآن أموالًا باهظة نتيجة عواقب الاكتئاب غير المعالَج، والمستفيدين من هذا الاستثمار الذين يعيشون على حافة اليأس، فما هو الطريق إلى الإصلاح؟»

قال دومينيسي: «إذا كنت تتساءل ما إذا كان بوسعنا أن نتوقع قدرًا كبيرًا من التغيير لمجرد أن هذا التغيير من شأنه أن يخدم مصلحة الجميع على المستويين الاقتصادي والبشري، فيؤسفني أن أقول لك إن الإجابة هي لا». هناك أربعة عوامل تعيق تطوير البرامج الفيدرالية لتحقيق الرعاية للمعوزين. الأول، وربما الأكثر إشكالية، هو ببساطة بنية الميزانية الوطنية. قال دومينيسي: «أموال ميزانيتنا الآن مخصصة لبرامج معينة. السؤال الذي يجب أن نواجهه هو ما إذا كان البرنامج الذي تصفه سوف ينمو ويتطلب أموالًا جديدة، وليس ما إذا كان سيصبح هناك بعض المدخرات الإجمالية لخزانة الولايات المتحدة». لا يمكنك خفض التكاليف الأخرى على الفور؛ فلا يمكنك في عام واحد أن تأخذ الأموال من نظام السجون ومن الرعاية الاجتماعية لدفع تكاليف خدمة جديدة خاصة بالصحة النفسية، لأن الفوائد الاقتصادية لهذه الخدمة بطيئة في التراكم. وأكد دومينيسي أن «تقييمنا لأنظمة تقديم الخدمات الطبية لا يركز على النتائج». السبب الثاني هو أن القيادة الجمهورية للكونجرس الأمريكي لا تحب إعطاء توجيهات تخص الرعاية الصحية. قال دومينيسي: «سيكون ذلك أمرًا رسميًّا من القيادة السياسية. هناك أشخاص قد يدعمون هذا النوع من التشريعات على كل المستويات، لكنهم يعارضون أيديولوجيًّا فرض أوامر على الولايات، أو شركات التأمين، أو حتى أي شخص». إن القانون الفيدرالي، قانون ماكاران-فيرجسون بالتحديد[21]، يجعل إدارة التأمين الصحي قضية تخص الولايات. ثالثًا، من الصعب إقناع الأشخاص المُنتَخبين لفترات محدودة بالتركيز على تحسين البنية التحتية الاجتماعية على المدى الطويل بدلًا من التركيز على المشهد السريع للتأثيرات المرئية المباشرة على حياة الناخبين. والرابع هو أنه، على حد التعبير الحزين والساخر للسيناتور ويلستون «نحن نعيش في ديمقراطية تمثيلية. يدافع الناس عن القضايا التي يهتم بها ناخبوهم. الناس المعوزون والمكتئبون يكونون في منازلهم في السرير يوم الانتخابات والأغطية فوق رؤوسهم؛ وهذا يعني أنه ليس لديهم الكثير من التمثيل هنا. إن المعوزين المكتئبين ليسوا ما يمكن أن نسميه مجموعة ذات تأثير».

من الغريب الانتقال من التجارب المكثفة والعميقة مع فئة المحرومين تمامًا إلى التجارب المماثلة لفئة الأشخاص ذوي السلطة والنفوذ. لقد تأثرت بمحادثاتي مع أعضاء الكونجرس بقدر ما تأثرت بمحادثاتي مع المعوزين المكتئبين. إن موضوع التكافؤ في الصحة النفسية يتقاطع مباشرة مع الخطوط الحزبية؛ وعلى حد تعبير دومينيسي فإن الجمهوريين والديمقراطيين «في حرب مزايدة لمعرفة من يحب المعهد الوطني للصحة النفسية أكثر». يصوت الكونجرس باستمرار على تخصيص أموال للمعهد الوطني للصحة النفسية أكبر مما هو مخصص في الميزانية؛ وفي عام 1999، سمح الرئيس كلينتون بمبلغ 810 ملايين دولار لدعمه؛ وقد رفع الكونجرس، بقيادة النائب جون بورتر، الرئيس القدير للغاية للجنة الفرعية للتخصيصات، الذي يتولى ولايته الحادية عشرة على التوالي في الكونجرس الذي يعد من أشد المعجبين بالبحث العلمي الأساسي، هذا الرقم إلى 861 مليون دولار.[22] وفي عام

2000، زاد الكونجرس تمويل منحة الخدمات الصحية المجتمعية بنسبة 24%، لتصل إلى 359 مليون دولار.[23] وطلب الرئيس من مكتب شؤون الموظفين تقديم امتيازات للأشخاص المصابين بمرض نفسي الذين يبحثون عن عمل. وقالت روكيما: «إذا أردنا أن نكون محافظين متعاطفين، فمن الأفضل أن نبدأ من هنا». لقد حظي كل مشروع قانون مهم للصحة النفسية برعاية الديمقراطيين والجمهوريين.

معظم الأشخاص الذين يناضلون من أجل المرضى النفسيين في الكونجرس لديهم قصص خاصة بهم أوصلتهم إلى هذه الساحة. فقد انتحر والد السيناتور ريد. وللسيناتور دومينيسي ابنة مصابة بالفصام وتعاني بشدة. ولدى السيناتور ويلستون أخ مصاب بالفصام. وتعاني النائبة ريفرز اضطراب ثنائي القطب شديدًا. والنائبة روكيما متزوجة الآن منذ ما يقرب من خمسين عامًا بطبيب نفسي. وكان ما أقنع النائب بوب وايز بدخول الخدمة العامة هو قضاء الصيف الجامعي في العمل في جناح الطب النفسي، حيث أنشأ علاقات مع المرضى المصابين بأمراض نفسية. قال ويلستون: «لا ينبغي أن يكون الأمر بهذه الطريقة. أتمنى لو أنني اكتسبت فهمي لهذا الموضوع فقط من خلال البحث والاستقصاء الأخلاقي. لكن بالنسبة إلى كثير من الناس، لا تزال مشكلات المرض النفسي مجردة تمامًا، ولا تصبح أهمية معالجتها واضحة إلا من خلال الانغماس الشديد اللاإرادي فيها. نحن بحاجة إلى مبادرة تعليمية لتمهيد الطريق لمبادرة تشريعية». عندما استُمِع إلى قانون التكافؤ بين المرض الجسدي والنفسي في عام 1996 في قاعة مجلس الشيوخ، وقف ويلستون، الذي يتحدث عن المرضى النفسيين بقدر من التعاطف كما لو كان من أقربائهم جميعًا، أمام الكونجرس، ووصف في خطاب بليغ إلى حد مذهل تجاربه الخاصة. وقدم دومينيسي، الذي ليس رجلًا عاطفيًّا بأي حال من الأحوال، عرضًا مختصرًا لتجربته، ثم نزل عددٌ قليل من أعضاء مجلس الشيوخ الآخرين إلى الأرض وأخبروا قصصًا عن أصدقائهم وأقاربهم. كان ذلك اليوم في مجلس الشيوخ أشبه بمجموعات الدعم أكثر من كونه نقاشًا سياسيًّا. يتذكر ويلستون قائلًا: «لقد جاء إليَّ الناس قبل التصويت، وقالوا: «هذا يهمكم حقًّا، أليس كذلك؟» فقلت لهم: «نعم، إنه يهم أكثر من أي شيء آخر». وهكذا حصلنا على الأصوات». لقد كان منذ البداية عملًا رمزيًّا أكثر من كونه عملًا يمكن أن يُحدِث تغييرًا كبيرًا، لأنه ترك القرار بشأن زيادة التكلفة الإجمالية للعلاج في أيدي شركات التأمين. ولم يحسن جودة الرعاية للمرضى.

إن برامج الصحة المجتمعية، التي واجه الكثير منها تخفيضات في الميزانية في أواخر التسعينيات، كثيرًا ما يُلقى باللوم عليها في أعمال العنف التي يرتكبها أولئك الذين من المفترض أن يكونوا تحت رعايتها؛ وغالبًا ما يحكم الرأي السائد على نجاحهم من خلال قدرتهم على الحفاظ على الهدوء، كما أن قصورهم في حماية الأصحاء من المرضى يؤدي إلى انتقادات قاسية في وسائل الإعلام. إن فحص ما إذا كانت هذه البرامج تخدم رفاهية الأصحاء أمر شائع، ولكن نادرًا ما يُناقَش تأثيرها على المجتمع الذي تستهدفه في الأساس. قالت النائبة

روكيما: «إن أعدادًا ضخمة من أموال الضرائب الفيدرالية تذهب إلى هذه البرامج، وهناك أدلة قوية على أن الأموال يتم تحوَّل إلى جميع أنواع المشاريع المحلية غير ذات الصلة». ووصف النائب وايز مناقشة كلينتون حول الرعاية الصحية عام 1993 بأنها «تجربة محبطة في حد ذاتها» وقال إن المعاهد الوطنية للصحة لا تقدم معلومات ملموسة من شأنها أن توضح لغرف التجارة المحلية لماذا سيكون التكافؤ الشامل في صالحها. تميل عيادات الصحة النفسية المجتمعية، حيثما وجِدت، إلى التركيز على الحالات غير المعقدة نسبيًّا مثل الطلاق. وقال النائب كابتور: «ينبغي أن يكون لها دور أشمل لتوزيع الأدوية والمتابعة والاستشارة لمجموعة كاملة من الشكاوى والاضطرابات».

تُشكل مسألة الإيداع في المصحات ومؤسسات الرعاية نقطة خلاف بين المجتمع القانوني الذي يدعم الحريات المدنية ومجتمع العمل الاجتماعي والتشريعي الذي يرى معاناة هؤلاء الأشخاص ويشعر أنه من الإجرام عدم التدخل. قالت روكيما: «إن المدافعين عن الحريات المدنية الذين يتخذون وجهات نظر متطرفة بشأن هذه المسألة هم غير أكفاء وغير مهمين على حد سواء. إنهم يفرضون -تحت ستار الحريات المدنية- عقوبات قاسية وغير عادية على الناس على الرغم من حقيقة أن المجتمع لديه علم يستطيع من خلاله أن يجد طريقًا أفضل. إنها القسوة؛ إذا كنا نفعل ذلك بالحيوانات، لكانت ستلاحقنا الجمعية الأمريكية لمنع القسوة ضد الحيوانات. إذا لم يتناول الناس أدويتهم ويلتزموا بعلاجهم، فربما ينبغي إيداعهم جبرًا في المؤسسات». هناك سوابق لمثل هذه السياسات. وعلاج مرض السل هو أحد الأمثلة على ذلك. فإذا كان شخصٌ ما مصابًا بالسل ولم يكن منضبطًا بما يكفي لتناول الأدوية المناسبة في الأوقات المناسبة، ففي بعض الولايات ستذهب له ممرضة وتعطيه عقار الأيزونيازيد كل يوم. لا شك أن مرض السل مرض معدٍ، وإذا لم يُحتوى، فمن الممكن أن يتحور ويسبب أزمة صحية عامة؛ ولكن إذا كان المرض النفسي يشكل خطرًا على المجتمع، فيمكن تبرير التدخل على نموذج مرض السل.[24]

كانت قوانين الإيداع الجبري هي القضية الكبرى في السبعينيات، خلال ذروة فترة الإيداع. أما في هذه الأيام، يواجه معظم الأشخاص الذين يريدون العلاج صعوبة في الحصول عليه؛ والمؤسسات الكبيرة تغلق أبوابها؛ وتطرد مرافق الرعاية القصيرة الأجل الأشخاص غير المستعدين بعد لمواجهة العالم بمفردهم. قالت مجلة نيويورك تايمز في ربيع عام 1999: «الحقيقة هي أن المستشفيات لا تستطيع التخلص من [المرضى] بالسرعة الكافية». وبينما يحدث كل هذا، هناك أيضًا أشخاص يُحجَزون رغمًا عن إرادتهم. لكن من الأفضل، حيثما أمكن، إغواء الناس بالعلاج بدلًا من إجبارهم عليه. علاوة على ذلك، من المهم التوصل إلى معايير عالمية يمكن على أساسها استخدام القوة. لقد حدثت أسوأ الانتهاكات عندما منح أفراد غير مؤهلين أو خبثاء أنفسهم سلطة الحكم لتحديد مَن المريض ومَن ليس مريضًا، وحبسوا وحجزوا أشخاصًا دون إجراءات قانونية.

يمكن رعاية المرء في مؤسسة ذات أبواب مفتوحة، بل ويتمتع بالفعل معظم المرضى في مرافق الرعاية طويلة الأجل بحرية المشي في الممرات والخروج إلى الشوارع؛ وعدد محدود فقط هو مَن يخضع للإشراف على مدار 24 ساعة. كما أن العقد بين مؤسسة الرعاية والمقيمين فيها طوعي. يميل علماء القانون إلى تفضيل السماح للناس بإدارة حياتهم الخاصة حتى لو أهلكوا أنفسهم، في حين يميل الاختصاصيون الاجتماعيون في الطب النفسي وأي شخص آخر تعامل بشكل وثيق مع المرضى النفسيين إلى التدخل. فمَن الذي ينبغي أن يقرر متى يُمنح الشخص الحرية ويُترك لعقله ومتى ينبغي حرمانه منها؟ بشكل عام، فإن وجهة نظر اليمين هي أنه يجب حبس الأشخاص المجانين حتى لا يؤثروا سلبًا على المجتمع؛ حتى لو لم يشكلوا تهديدًا خطيرًا. بينما وجهة نظر اليسار هي أنه لا ينبغي انتهاك حرية أي شخص من قِبل أشخاص يتصرفون خارج هياكل السلطة الأساسية. ووجهة نظر الوسط هي أنه يتعين إيداع بعض الأشخاص والبعض الآخر لا. ولأن مقاومة التشخيص واليأس من العلاج من بين أعراض المرض النفسي، فإن الإيداع الجبري في مؤسسات الرعاية يظل جزءًا ضروريًّا من العلاج.

توضح النائبة كابتور: «عليك أن تعامل هؤلاء الأشخاص كأشخاص، وأن تحترم فرديتهم، ولكن يجب أن تربطهم بالتيار العام». يتخذ اتحاد الحريات المدنية الأمريكي (ACLU) الموقف المعتدل.[25] فقد نشر بيانًا جاء فيه أن «حرية التجول في الشوارع، والذهان، والمرض، والتدهور، وعدم العلاج، عندما يكون هناك احتمال معقول للعلاج الفعال، ليست حرية؛ إنها تخلٍّ». والمشكلة هي أن الاختيار يكون في كثير من الأحيان بين الجبر التام والتخلي التام؛ فالنظام الحالي يركز على الذهان الحاد ويفتقر بشدة إلى حلول الرعاية الوسيطة التي يحتاج إليها معظم المصابين بالاكتئاب. يجب أن نتحقق من الأشخاص الذين يثرثرون في شوارعنا، ونُقيِّم تقلبات ميولهم الانتحارية، ونحدد خطرهم المحتمل على الآخرين، ثم نحاول التنبؤ بمن، بعد مقاومة العلاج، سيكون ممتنًّا بعد شفائه لكون العلاج فُرض عليه.

لا أحد يريد حقًّا أن يصاب بالاكتئاب، لكن بعض الناس لا يريدون أن يصبحوا بصحة جيدة وفق تعريف الناس للصحة. فما هي الخيارات التي ينبغي أن تكون لديهم؟ هل يجب أن نسمح لهم بالانغماس في مرضهم؟ هل يجب علينا أن ندفع التكلفة الاجتماعية لمثل هذا الانغماس في المرض؟ من خلال أي إجراءات قانونية يجب أن نحدد هذه الأمور؟ إن احتمالات البيروقراطية مرعبة، والمفاوضات الدقيقة حول مَن يحتاج إلى ماذا لن تُحَل بشكل جيد على الإطلاق. إذا قَبِل المرء أن التوازن المثالي سيكون مستحيلًا، فيتعين عليه أن يفترض أن لدينا خيارين: حجز بعض الناس الذين ينبغي لهم أن يكونوا أحرارًا، أو إطلاق سراح بعض الناس الذين سوف يدمرون أنفسهم. إن السؤال في واقع الأمر ليس ما إذا كان ينبغي فرض العلاج على الناس بل متى ينبغي فرضه عليهم ومن الذي يفرضه عليهم. لا أستطيع أن أنظر إلى هذه المشكلة دون التفكير في شيلا هيرنانديز، المرأة المسكينة المصابة بفيروس نقص المناعة البشرية التي ناضلت ضد سجنها في هوبكنز، التي أرادت أن تُترك حرة لتموت، التي

تشعر الآن بالسعادة لأنها على قيد الحياة ويرن هاتفها الخلوي كل دقيقة. ولكنني أتذكر أيضًا الصبي الكوري المصاب بالشلل الدماغي، الذي يعاني اضطرابات حادة متعددة، بما في ذلك الإعاقات الجسدية التي تمنعه من الانتحار، الذي يُجبَر على حياة لا سعادة فيها ولا يُسمح له فيها بالهرب. ورغم الكثير من التأمل والتفكير، فإنني لا أستطيع أن أجد الإجابة الصحيحة عن هذا السؤال.

لقد أنتجت مشكلة العنف قوانين دفاعية؛ وعلى الرغم من أن القليل فقط من مرضى الاكتئاب هم مَن يكونون عنيفين، فإنهم يقعون ضمن نطاق الجوانب القانونية لمرض الفصام. إن المرضى النفسيين عبارة عن مجموعة متنوعة، ومعاملة قوانين الأمراض النفسية لهم وكأنهم شيء واحد تسبب معاناة شديدة. منذ الإجراء التاريخي الذي اتُّخذ عام 1972 ضد ويلوبروك[26]، وهي مؤسسة للمتأخرين عقليًا كانت، من بين أمور أخرى، تجري تجارب على المرضى بغير علمهم، أصبحت سياسة توفير «الوضع الأقل تقييدًا» للمرضى هي السائدة. وفي حين أن المرضى النفسيين قد يُحرَمون من حقوقهم بسبب سلوكياتهم العدوانية، إلا أنهم يخسرون حقوقهم أيضًا لأن الدولة تتولى سلطة الوالدين وتتخذ موقفًا وقائيًا، كما تفعل تجاه القاصرين. لا يعتقد اتحاد الحريات المدنية الأمريكي أنه ينبغي توسيع نطاق مبدأ تدخل الدولة لحماية الأطفال من والديهم، وبالتأكيد أُسيء استخدام هذا المبدأ في أماكن مثل الاتحاد السوفييتي؛ فهو مبدأ مرتبط كثيرًا بقوة الشرطة الأبوية. ولكن ما هو حجم المعاناة التي ينبغي دعمها دفاعًا عن هذا المبدأ القانوني؟

يعد مركز الدفاع عن العلاج (TAC)، ومقره واشنطن العاصمة، الهيئة الأكثر تشددًا وتحفظًا فيما يتعلق بالعلاج، وموقفه هو أنه يجب احتجاز الأشخاص حتى لو لم يُشكِّلوا خطرًا واضحًا وقائمًا. ويشكو جوناثان ستانلي، مساعد مدير المركز، من أن العنصر الإجرامي فقط هو الذي يتلقى العلاج. «يولي الناس اهتمامًا أكبر للمخاطر غير المحتملة، مثل احتمالية دهسهم تحت مترو الأنفاق، أكثر من اهتمامهم بالاحتمالية الأعلى بكثير لمقابلة أفراد مصابين بأمراض نفسية في سنترال بارك». بالنسبة إلى ستانلي، كان تضاؤل الرعاية المؤسسية نتيجة مؤسفة لدفاع المدافعين عن الحريات المدنية عن الأشخاص «الخطأ» في حين سارعت الحكومة إلى خفض التكاليف. كان من المفترض أن يترجم إلغاء الرعاية المؤسسية إلى مجموعة متنوعة من الرعاية في المجتمع، ولكن لم يحدث شيء من هذا القبيل. وكانت نتيجة إلغاء الرعاية المؤسسية هي اختفاء نظام متعدد المستويات من العلاج الذي يعيد دمج الأفراد تدريجيًا في مجتمعاتهم؛ ففي كثير من الأحيان، يكون المرضى إما مسجونين بالكامل وإما يُتركون لتدبر أمرهم بأنفسهم. إن فكرة توفير قوة عمل اجتماعية كاملة لإخراج الناس من اليأس ودعمهم ليصلوا إلى مستويات عالية من الأداء لم تحظ بعد بالقبول في الدوائر الحكومية. دعم مركز الدفاع عن العلاج بقوة تشريعات مثل قانون كيندرا، وهو قانون في نيويورك يسمح برفع دعاوى ضد الأشخاص المصابين بأمراض نفسية الذين لا يلتزمون بتناول أدويتهم، مما

يُجرمهم. إذ يُقدَّم الأشخاص المكتئبون إلى المحكمة، ويُغرَّمون، ثم يُطلق سراحهم مرة أخرى في الشوارع لتدبر أمرهم، حيث لا يوجد مجال أو ميزانية لتوفير علاج أكثر شمولًا. وإذا تسببوا في الكثير من المتاعب، فسيُحبَسوا كمجرمين. لقد كانت نتيجة إلغاء الرعاية المؤسسية في كثير من الحالات هي نقل الناس من المستشفيات إلى السجون. وفي السجون، حيث يتلقون علاجًا غير كافيًا أو مناسبًا، فإنهم يسببون قدرًا هائلًا من المتاعب. ويؤكد ستانلي: «لا أحد يريد نظامًا جيدًا للصحة النفسية بقدر ما يريد السجان».

يعتقد مركز بازيلون في واشنطن العاصمة، في الطرف الليبرالي من الطيف، أن الالتزام بالعلاج يجب أن يكون دائمًا طوعيًّا ويُعرَّف المرض النفسي على أنه شيء ذاتي وليس موضوعي. وقالوا: «إن الافتقار المفترض إلى البصيرة من جانب الفرد، غالبًا ما لا يكون أكثر من خلاف مع الطبيب المعالج». وأحيانًا يكون كذلك بالفعل؛ لكن ليس دائمًا.

إن إدارة المحاربين القدامى، التي لا تزال مقتنعة بأن الشكاوى النفسية لا تليق بالرجال العسكريين الأقوياء، تنفق أقل من 12 في المائة من ميزانيتها البحثية على الطب النفسي. في الواقع، قد تكون الاضطرابات النفسية هي المشكلة الأكثر شيوعًا بين المحاربين القدامى، الذين لديهم معدل مرتفع من اضطراب ما بعد الصدمة، والتشرد، وتعاطي المخدرات.[27] ولأن جزءًا كبيرًا من أموال دافعي الضرائب قد أُنفق بالفعل على تدريب هؤلاء الرجال والنساء، فإن الإهمال النسبي لهم يثير القلق بشكل خاص ويكشف المزيد من السذاجة السياسية في سياسات الصحة النفسية. ويشكل المحاربون القدامى المكتئبون، وبخاصة أولئك الذين قاتلوا في حرب فيتنام، جزءًا كبيرًا من السكان المشردين الأمريكيين. لقد تعرض هؤلاء الأشخاص لصدمتين متتاليتين. الأولى هي الحرب نفسها، والرعب من قتل الناس، ورؤية الخراب في كل مكان، ومحاولة البقاء على قيد الحياة في موقف خطر كبير. والأخرى هي طبيعة البيئة التي كانوا فيها؛ إذ يصبح العديد من المحاربين القدامى مدمنين تقريبًا على معايير بنية الجيش الصارمة ويضيعون عندما يضطرون إلى الاعتماد على مواردهم الخاصة ويتعين عليهم تشكيل حياتهم بأنفسهم. وقد قدَّرت لجنة المحاربين القدامى أن نحو 25% من المحاربين القدامى الذين يصلون إلى المستشفيات لديهم تشخيص أولي لمرض نفسي.[28] ولأن أكثر من نصف الأطباء في الولايات المتحدة تلقوا شكلًا من أشكال التدريب في مستشفيات المحاربين القدامى، فإن التحيز في مثل هذه المؤسسات ينشر العدوى إلى المستشفيات المدنية وغرف الطوارئ.[29]

تروي النائبة كابتور قصة الذهاب إلى مستشفى إدارة المحاربين القدامى بالقرب من شيكاجو. كانت في غرفة الطوارئ عندما أحضرت الشرطة رجلًا في حالة سيئة، فقال الاختصاصي الاجتماعي الذي كان في الخدمة: «أوه، إنه أحد ضيوفي المنتظمين». سألته كابتور عما يقصده، فأوضح أن هذه هي المرة السابعة عشرة التي يأتي فيها هذا الرجل بسبب مشكلات في الصحة النفسية. إذ «يأتي إلى هنا؛ ونعطيه أدويته. ندعه يذهب؛ وفي غضون

بضعة أشهر سيعود إلى هنا مجددًا». فماذا يمكن أن يقال عن نظام الصحة النفسية الذي تحدث فيه مثل هذه الأشياء؟ تقول كابتور: «لقد دخلت سبع عشرة حالة لقسم الطوارئ. هل تعرف كم من المال سيكون لدينا لمساعدة الآخرين إذا تجنبنا تلك الحالات السبع عشرة من خلال توفير الرعاية المجتمعية الكافية؟ إن تكلفة العلاج غير المناسب أعلى بكثير من تكلفة العلاج الجيد».

يبدو أننا نعود مجددًا إلى الإيداع (أو العلاج) الجبري. لقد تحول نظام الصحة النفسية من بنية متجانسة وإشكالية للأفراد المصابين بالاكتئاب إلى بنية مجزأة ومحدودة. تقول بيث هارولز من اتحاد الحريات المدنية في نيويورك: «الأمور أفضل من النظام القديم، الذي كان يترك هؤلاء الأشخاص محبوسين في غرفة حتى يتعفنوا، ولكن بالنظر إلى مقدار ما نعرفه الآن عن أصول الأمراض النفسية وعلاجها، فإن النظام العام متخلف أكثر مما كان عليه قبل عشرين عامًا». والحقيقة هي أن بعض الناس غير قادرين على اتخاذ قراراتهم الخاصة ويحتاجون إلى تدخل جبري؛ والبعض الآخر، رغم مرضه، لا يحتاج إلى مثل هذا التدخل الجبري. سيكون من الأفضل توفير نظام متدرج للرعاية يمكنه تقديم خدمات واسعة النطاق على مختلف المستويات ويتضمن توعية قوية ومراقبة للمرضى الخارجيين الذين من المرجح أن ينحرفوا عن أنظمة العلاج الخاصة بهم. ومن الضروري وضع مبادئ توجيهية للإجراءات القانونية الواجبة وإخضاع كل من يحتاجون إلى التدخل الجبري للفحوصات نفسها، التي يجب أن ندمج فيها الضوابط والتوازنات. ويجب على هذه الإجراءات القانونية أن تأخذ في الاعتبار التهديد الذي قد يشكله الشخص المريض على المجتمع والألم الذي يعانيه الشخص المريض دون داع. ويجب وضع معايير يوضَع بموجبها الأشخاص في السجن، أو الإيداع الجبري في المؤسسات النفسية، أو العلاج النفسي القسري، أو العلاج النفسي الطوعي. ويجب إفساح المجال لأولئك الأشخاص الذين يرغبون في تجنب العلاج، بعد حصولهم على المعلومات الكاملة ودون تحمل الآخرين لأي تكلفة كبيرة. ويجب إنشاء نظام فعال ونزيه للإشراف على هذه الأمور.

لين ريفرز هي العضوة الوحيدة في الكونجرس الأمريكي التي شاركت علانية صراعاتها الشخصية مع المرض النفسي. لقد تزوجت وهي حامل في الثامنة عشرة من عمرها، وعملت طاهية في البداية لإعالة أسرتها. بدأت تظهر عليها الأعراض بعد وقت قصير من ولادة ابنتها الأولى. وعندما اشتد مرضها ذهبت لرؤية الطبيب. كان لدى زوجها، وهو عامل سيارات، خطة تأمين طبي من إحدى المنظمات الخيرية. قالت لي بسخرية: «أعتقد أنها شملت ست زيارات إلى الطبيب النفسي». وعلى مدى العقد التالي، ذهب نصف أجرها هي وزوجها إلى فواتير الطب النفسي. وعندما بلغت الحادية والعشرين من عمرها، كانت تواجه صعوبة في العمل وكانت تخشى الرد على الهاتف. «كان الأمر مريعًا. كانت تستمر نوبات الاكتئاب لعدة أشهر. قضيت أشهر في السرير. كنت أنام اثنتين وعشرين ساعة في اليوم. غالبًا ما يفكر الناس في

الاكتئاب باعتباره حزنًا؛ وبغض النظر عما أقوله للمشرعين الآخرين، فإنهم لا يدركون. إنهم لا يفهمون كيف يكون الاكتئاب فراغًا، وكيف يجعلك لا تشعر بأي شيء. إنه هوة سحيقة».

وفي مواجهة ضغوط تكاليف العلاج، عمل زوج ريفرز في وظيفتين بدوام كامل وفي معظم الوقت في وظيفة ثالثة بدوام جزئي، حيث شغل مكانه في مصنع للسيارات، وعمل في الجامعة، وكان يعمل ليلًا في مطعم لتوصيل الطلبات. وظل لفترة من الوقت يوصل الجرائد إلى القارئين في طريقه، وعمل أيضًا في متجر للألعاب. تقول ريفرز: «لا أعرف من أين أتى بالقوة لكل هذا. لقد فعلنا فقط ما كان يتعين علينا فعله. لا أستطيع أن أتخيل كيف سيكون الوضع إذا مرَّ المرء باضطرابٍ نفسيٍ حاد دون دعم عائلي. لقد كان الأمر فظيعًا للغاية، وإذا لم تكن الأسرة داعمة، لا أعرف كيفً يمكن لأي شخص أن ينجو. لقد اعتنى زوجي بي أيضًا. كان لدينا طفلان صغيران. لم يكن يمكنني الاهتمام بهما إلا قليلًا. لكننا تجاوزنا الأمر بطريقة ما، لقد نجحنا في ذلك». لا تزال ريفرز تحمل شعورًا بالذنب تجاه أطفالها، «على الرغم من أنني لو كُسِر ظهري في حادث سيارة، كنت سأصبح معاقة تمامًا، وكنت سأشعر بأن هناك ما يبرر حاجتي إلى الكثير من الوقت للشفاء. ولكن في أثناء الاكتئاب، في كل مرة يواجه فيها أطفالي مشكلة في المدرسة أو أي مشكلة أخرى، كنت أعتقد أن ذلك بسببي، وبسبب عدم اهتمامي بهم أو أي شيء آخر متعلق بي. كان الشعور بالذنب رفيقي الدائم، حتى لو كان تجاه أشياء لم تكن لي سيطرة عليها».

وأخيرًا وجدت «المزيج المثالي» من الأدوية في أوائل التسعينيات؛ وهي الآن تتناول الليثيوم (وصلت جرعتها إلى 2200 ملج يوميًّا، على الرغم من أنها استقرت الآن عند 900)، وديسيبرامين، وبوسبار. وبمجرد أن أصبحت في صحة جيدة، بدأت مسيرتها المهنية في الخدمة العامة. «أنا بمنزلة إعلان متجول ومتحدث لأبحاث الصحة النفسية. أنا إثباتٌ لجدوى تلك الأبحاث. إذا استثمرت فيَّ، فستجني أرباحًا. وهذا ينطبق على معظم الأشخاص الذين يعانون هذا الاضطراب؛ فهم يريدون فقط فرصة ليكونوا منتجين». حصلت ريفرز على شهادة جامعية من خلال الدراسة بدوام جزئي في أثناء رعاية أسرتها. وتخرجت بامتياز؛ ثم انخرطت في الدراسات العليا القانونية. وانتُخِبت، عندما كانت في أواخر العشرينات من عمرها وكانت تعاني الاكتئاب الذي تسيطر عليه نسبيًّا، لعضوية مجلس التعليم في آن أربور. وبعد ذلك بعامين، ولأسباب غير ذات صلة، خضعت لعملية استئصال الرحم، ولأنها أصيبت بفقر الدم، تغيبت عن العمل لمدة ستة أشهر. وعندما قررت الترشح للكونجرس، «اكتشفت خصمتي أنني مصابة بمرض نفسي وحاولت الإشارة إلى أنني فاتتني تلك الفترة من العمل لأنني كنت أعاني انهيارًا عصبيًّا». كانت ريفرز تجري مقابلة إذاعية عبر الهاتف ذات مرة، وسألها أحد المتصلين عما إذا كان صحيحًا أنها كانت تعاني مشكلة الاكتئاب. اعترفت ريفرز على الفور بأنها عانته وأن الأمر استغرق عشر سنوات حتى تستقر. وبعد المقابلة ذهبت إلى اجتماع محلي للحزب الديمقراطي. وعندما دخلت، قال أحد كبار الشخصيات في الحزب: «لين، لقد سمعتك عبر

الراديو. ماذا فعلتِ! هل أنتِ مجنونة؟» وقالت بهدوء: «بالطبع، هذا ما كان يدور حوله البرنامج الإذاعي». إن أسلوبها الهادئ والمتمكن في التعامل مع هذه المشكلة جعلها ليست بمشكلة. وقد فازت في الأخير في الانتخابات.

أخبر العديد من أعضاء مجلس النواب الآخرين ريفرز بمرضهم الاكتئابي لكنهم يخشون إخبار ناخبيهم. «قال أحد الزملاء إنه يريد أن يخبر الناس، لكنه شعر أنه لا يستطيع ذلك. ولا أعرف جمهوره الانتخابي أو رد فعله. ربما لا يستطيع ذلك فعًلا. لكن معظم الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب لا يستطيعون تقييم هذه المواقف بدقة شديدة لأنهم غارقون في الشعور بالذنب. الاكتئاب يعزل المرء تمامًا. ولكن بالطريقة نفسها التي يقول بها أصدقائي المثليون إن تعبيرهم عن أنفسهم أزال عنهم عبئًا كبيرًا، كذلك أنا تحررت؛ ولم يعد اكتئابي يمثل مشكلة بعد الآن». يصف النائب بوب وايز المرض النفسي بأنه «السر العائلي الذي يمتلكه الجميع».

تقول لين ريفرز: «عليك أن تطلب المساعدة. عليك أن تعثر على خدمات الصحة النفسية في مجتمعك. لطالما سخرت من شعار «الصحة النفسية للمجتمع». اسمع، إذا كنت تنتظر أن يذهب العامل البسيط لمديره ويقول: «ابني يعاني الفصام، وزوجتي مصابة بالهوس، وابنتي تمر بنوبات ذهانية» فلن يحدث ذلك. إن هذا البلد لم يتقدم إلى الأمام بما يكفي للمطالبة بنوع الرعاية التي نحتاج إليها. علاوة على ذلك، فإن وصف الدواء يتم في كثير من الأحيان من قِبل أطباء لا يعرفون ما يكفي؛ وفي محاولة لتوفير المال، تمنحهم منظمات الحفاظ على الصحة عددًا محدودًا من الأدوية التي يمكنهم وصفها. وإذا لم تستجب لأي دواء في تلك القائمة المحدودة، فقد انتهت الحلول بالنسبة إليك! حتى عندما يستقر المرض، عليك استبدال آليات التكيف التي كانت منطقية في سياق المرض التي لا معنى لها في سياق الصحة». إنها تشعر بالفزع من التخفيضات في تمويل الدعم النفسي الديناميكي المستمر، الذي تعتقد أنه سيزيد من التكاليف الاجتماعية الشاملة.

جو روجرز، المدير التنفيذي لجمعية الصحة النفسية في جنوب شرق بنسلفانيا، هو رجل لطيف، ذو أخلاق دمثة، وأسلوب جذاب في الحديث. يمكن أن يكون ثرثارًا وفلسفيًّا، لكنه أيضًا داهية وعملي، وله عين لا تحيد أبدًا عن هدفها للحظة. عندما التقينا لأول مرة، لتناول الغداء في أحد فنادق فيلادلفيا، كان يرتدي بدلة زرقاء وربطة عنق مخططة، وكان يحمل حقيبة تتناسب مع منصبه. وبينما كنت ألقي نظرة على قائمة الطعام، قال إنه عاش في نيويورك لفترة من الوقت. «أوه، أين كنت تعيش؟» سألته. قال: «ساحة واشنطن». أخذ رغيفًا من سلة الخبز على الطاولة. أجبته بينما أغلق قائمتي: «أنا أعيش في محيط ساحة واشنطن. إنه حي عظيم. أين كنت؟» فابتسم بحزن بعض الشيء وقال: «ساحة واشنطن نفسها. على أحد المقاعد. لمدة تسعة أشهر. عندما كنت بلا مأوى».

وقد انتقل جو روجرز، مثل لين ريفرز، من الطرف «المستهلك» لشبكة الصحة النفسية إلى الطرف «المورد». كان واحدًا من أربعة أطفال، ونشأ في فلوريدا مع أم مدمنة على الكحول وأب يحمل السلاح دومًا وغائب عن المنزل في الغالب ويحاول الانتحار بين الحين والآخر. وعلى الرغم من أن والديه جاءا من بيئة ميسورة نسبيًّا، فإن خللهما الوظيفي أدى بهما إلى الفقر المدقع الحقيقي. يتذكر روجرز قائلًا: «كنا نعيش في منزل ينهار وبه صراصير تتجول في كل مكان. كانت هناك أوقات تختفي فيها الأموال من المنزل، وبعد ذلك اكتشفت أن والدي كان مدمنًا على القمار، لذلك لم نكن نرى حتى الراتب الذي كان يتقاضاه. لم نكن نتضور جوعًا، ولكن بالنظر إلى المكان الذي أتى منه والداي، كنا حقًّا في حالة فقر». ترك روجرز المدرسة في سن الثالثة عشرة. اعتاد والده إخراج مسدس وإخباره أنه مستعد لقتل نفسه، وقد اكتسب روجرز بعض البراعة في التعامل مع الموقف. «عندما كنت في الثانية عشرة من عمري، تعلمت أن آخذ المسدس منه وأخفيه». في هذه الأثناء، ازداد إدمان والدته للكحول سوءًا، وأصبحت تدخل المستشفى بشكل متكرر. كما قامت أيضًا بمحاولات انتحار، على الرغم من أن روجرز وصفها بأنها محاولات مترددة إلى حد ما. وقد توفي والد روجرز عندما كان روجرز في السادسة عشرة من عمره. وتوفيت والدته عندما كان في العشرين من عمره.

يقول روجرز: «عندما أنظر إلى الأمر الآن، أعتقد أن والدي كان سيستجيب للعلاج. أما والدتي فلا أعرف ما إذا كانت ستستجيب له». كان روجرز نفسه غير نشط إلى حد كبير من الثالثة عشرة إلى الثامنة عشرة، ولكن في الثامنة عشرة بدأ الدراسة بجد وأنهى تعليمه الثانوي؛ والتقى امرأة أحبها وبدأ يحاول بناء حياة لنفسه. ذهب إلى اجتماع جمعية الكويكرز الدينية حيث التقى طبيبًا نفسيًّا حاول أن يقدم له بعض المساعدة. وفي نهاية المطاف، انتكس ووجد نفسه ذات يوم في سيارته عند إشارة التوقف، غير قادر على اتخاذ القرار بشأن المضي للأمام أو للخلف أو اليسار أو اليمين. «كنت جالسًا هناك، وينتابني شعور بالخسارة التامة». وبعد فترة وجيزة أصبحت لديه ميول انتحارية حادة. ساعده أحد أصدقائه من جمعية الكويكرز في الوصول إلى المستشفى، حيث شُخِّصت حالته وأوصاه الأطباء بتناول الليثيوم. كان ذلك في عام 1971، ولم يكن لدى روجرز مكان يذهب إليه. تركته صديقته. مات والداه. كان يعيش على دعم الضمان الاجتماعي.

ذهب روجرز إلى المستشفى بشكل متكرر. كان العلاج المضاد للاكتئاب بدائيًّا في ذلك الوقت، وكان يعيش على المهدئات، مما جعله يشعر بأنه «ليس على قيد الحياة». كان يكره وجوده في المستشفى بشدة. «لقد بدأت أتصرف وكأنني بخير لأنني أردت الخروج من هناك». لا يزال روجرز غير قادر على الحديث عن المستشفيات الحكومية دون أن يرتعش من الرعب. «لقد أمضيت ستة أشهر في أحد تلك المستشفيات ومجرد تذكر الرائحة يصيبني بالغثيان. إنهم ينفقون مائة وخمسة وعشرين ألف دولار لكل مريض سنويًّا، ويمكنهم على الأقل الحصول على مكان لائق. يتشارك المرء هناك غرفة مع شخصين أو ثلاثة أشخاص

آخرين. ويكون في الواقع محبوسًا معهم في منطقة صغيرة. ليس هناك الكثير من العاملين هناك، والموجودون منهم ليسوا مدربين جيدًا، ولا يستمعون إلى أي شيء تقوله. ويكونون مُسيئين في كثير من الأحيان، ومتسلطين للغاية، وهو ما لا يتناسب مع نزعتي المتمردة. تلك الأماكن هي في الواقع سجون. وما دام التمويل موجودًا، لا أحد يفكر في مساعدة الأشخاص على التعافي وبالتالي الخروج من المستشفى. إن وجود المرء لفترة طويلة في تلك الأماكن هو تجربة مدمرة حقًّا». وقد كان يُجبر على تناول المهدئات هناك حتى «يسهل التعامل معه» على الرغم من فشلهم في معالجة مشكلاته بأي طريقة موضوعية؛ إذ إن تهدئة القلق والتهيج دون علاج مضاد للاكتئاب هي مجرد انسحاب إلى ضباب البؤس. لا يؤمن روجرز بإجبار الناس على العلاج على أساس أنهم سيكونون سعداء بذلك بعد تعافيهم. يقول: «إذا ذهبت إلى حانة وأمسكت بشخص كان يشرب الخمر بكثرة ووضعته في مركز للتخلص من السموم وقدمت المشورة لزوجته، فقد يكون سعيدًا لأنك فعلت ذلك، لكن ذلك سيكون بمنزلة انتهاك لأعرافنا الاجتماعية وحرياته المدنية».

لقد وجدت تجربة زيارة مستشفيات الأمراض النفسية الحكومية صادمة. أن تكون مجنونًا تمامًا في عالم عاقل نسبيًّا هو أمر مربك وغير سار، ولكن أن تكون منعزلًا في مكان يكون الجنون فيه هو القاعدة لهو أمرٌ مروع للغاية. لقد اكتشفت العديد من قصص سوء المعاملة في نظام الدولة. في تحقيقٍ سري رائع وشجاع، أدخل الصحفي كيفن هيلدمان نفسه إلى وحدة الطب النفسي في مستشفى وودهول في بروكلين، متظاهرًا بميول انتحارية.[30] يقول: «كانت البيئة العامة احتجازية وليست علاجية»، ثم يذكر كلام داربي بيني، المساعد الخاص لمفوض مكتب ولاية نيويورك للصحة النفسية، الذي قال: «من تجربتي الخاصة، فإن آخر مكان أريد أن أكون فيه إذا كنت في حالة اضطراب عاطفي هو وحدة الطب النفسي الداخلية في مستشفى حكومي». وقد كشفت ملاحظات هيلدمان في وودهول عن التجاهل التام للسياسات الرسمية للدولة بشأن رعاية الصحة النفسية. إذ لم يكن لدى المرضى أي فرصة للتحدث أو التفاعل مع الأطباء النفسيين، وكانوا يفتقرون إلى روتين يومي منظم، ويقضون ساعات طويلة في مشاهدة التلفزيون دون أي مشاركة، ويتحملون ظروفًا معيشية غير صحية، ولا يعرفون الأدوية التي يتناولونها. كما كانوا يتعرضون للتخدير والتقييد الجبري. الممرضة الوحيدة التي تفاعل معها هيلدمان بشكل مفيد أخبرته أن إنجاب طفل قد يساعد في علاج اكتئابه. ومقابل هذه الخدمات، تدفع ولاية نيويورك 1400 دولار في اليوم.

عندما استكشفت المؤسسات الطبية كان اهتمامي مُنصبًّا على جودة المستشفى الجيد أكثر من بؤس المستشفى السيئ. لم يكن هدفي هو البحث عن الانتهاكات بقدر ما كان معرفة ما إذا كان نموذج مرافق الرعاية التابعة للدولة الدولة ذاته مضللًا. إن مسألة الإقامة في المستشفيات للرعاية صعبة للغاية، ولم أجد لها حلًّا. يمكن أن تكون مرافق الرعاية قصيرة الأجل للمرضى النفسيين جيدة أو سيئة؛ لقد أمضيت بعض الوقت في أجنحة بعض هذه الأماكن، ولم أتردد

في الذهاب إلى جامعة جونز هوبكنز، على سبيل المثال، إذا كنت بحاجة إلى مثل هذه الرعاية. لكن مرافق الإقامة طويلة المدى، حيث يأتي الناس للإقامة لسنوات أو إلى الأبد، مختلفة تمامًا ومدمرة. قضيت عدة فترات طويلة في زيارة مستشفى نوريستاون بالقرب من فيلادلفيا، وهي مؤسسة يديرها أشخاص ملتزمون بشدة بمساعدة مرضاهم. لقد كونت انطباعًا إيجابيًّا عن الأطباء والاختصاصيين الاجتماعيين والمشرفين، كما أنني أحببت بعض المرضى الذين قابلتهم. ورغم كل ذلك، فإنني شعرت هناك بعدم الارتياح التام. لقد كانت زيارتها واحدة من أكثر المهام المؤلمة والصعبة في بحثي. إذا كان لدي حرية الاختيار، فسأفضل تحمل أشكال مختلفة من البؤس الشخصي على الإقامة مطولًا في نوريستاون. وقد تكون الإقامة في مؤسسات مثل هذه من أجل الرعاية هي أفضل ما لدينا في الوقت الحاضر، وقد لا تكون المشكلات التي تفرضها نوريستاون قابلة للحل بشكل كامل، ولكن لا بد من الاعتراف بها إذا كنا راغبين في القيام بالتحسينات القانونية اللازمة.

يوجد في مستشفى نوريستاون حرم جامعي يبدو في البداية وكأنه كلية من الدرجة الثانية في الساحل الشرقي. ويقع على قمة تل أخضر ويتمتع بإطلالة بانورامية. تلقي الأشجار الكبيرة بظلالها على المروج المُعتنى بها جيدًا؛ وتُغطَّى المباني المبنية من الطوب الأحمر على الطراز الفيدرالي الجديد بالكروم. وتكون أبواب المكان مفتوحة خلال النهار. من الناحية الجمالية، قد يبدو المرضى في وضع أفضل داخل حدود المستشفى مقارنة بالخارج. ومع ذلك، فإن واقع المكان يشبه بشكل مخيف المسلسل التلفزيوني الكلاسيكي «السجين The prisoner»، أو نسخة غير ساحرة من «أليس في بلاد العجائب»، حيث يخفي المنطق الغريب الظاهر انهيار المنطق الحقيقي تمامًا وراءه. لدى المكان مفردات خاصة به، التي تعلمتها ببطء. أخبرني أحد المرضى بثقة عن مريض آخر: «أوه، حالته ليست جيدة. سينتهي به الأمر مرة أخرى في المبنى خمسين إذا لم ينتبه». وكان سؤال شخص ما عما يحدث في «مبنى خمسين» أمرًا غير مثمر؛ ففي نظر المرضى، كان مبنى خمسين -خدمات الطوارئ- لعنة مخيفة. عندما ذهبت أخيرًا إلى المبنى رقم خمسين، لم يكن الأمر سيئًا حقًّا بقدر ما بدا من حديث المرضى، ولكن المبنى رقم ثلاثين، من ناحية أخرى، كان حقًّا فظيعًا للغاية. وكان معظم الأشخاص الموجودين فيه يخضعون لتقييد جسدي ومراقبة مستمرة لمنعهم من إيذاء أنفسهم. بل وقد وُضع بعضهم في شباك لمنعهم من محاولات الانتحار. لم أر الكثير من التدخلات غير المناسبة؛ فقد كان الأشخاص الذين عومِلوا على هذا النحو يحتاجون في الغالب إلى ذلك، لكن كان من المروع رؤيتهم في هذه الحالة، وكان الأمر أسوأ عندما جُمِعوا معًا بهذا الشكل. ومما لا شك فيه أن النظام الهرمي للمباني وأرقامها، إلى جانب جو الخوف السائد والقيود المفروضة على الحرية، هي أشياء تؤدي جميعها إلى تفاقم حالة الأفراد الذين يعانون بالفعل الاكتئاب.

لقد كرهت أن أكون هناك. فكرت في أنني لو كنت فقيرًا ووحيدًا أعاني مرضًا نفسيًّا غير معالج، لربما انتهى بي الأمر في مكان مماثل. وقد أخافتني هذه الفكرة كثيرًا لدرجة أنني أردت الهروب والعودة إلى سريري الآمن. لم يكن لدى هؤلاء الأشخاص أي مكان بالخارج يشكل موطنًا لهم. حتى عندما كان هناك طاقم كامل من الأطباء والاختصاصيين الاجتماعيين، كان المرضى متفوقين من حيث العدد، وكان لدي شعور فظيع بوجود انقسام حاد يفصل بين الاثنين. وبما أن الاضطرابات العاطفية هي التشخيص الثاني الأكثر شيوعًا في مستشفيات الأمراض النفسية الحكومية[31]، لم أتمكن من معرفة ما إذا كنت جزءًا من المرضى أم مِن أولئك الذي يحاولون المساعدة. إننا نعيش حياتنا وفق المعايير المُجمع عليها ونتمسك بالعقل لأن الناس يؤكدون عليه مرارًا وتكرارًا. لكن إذا ذهبت إلى مكان حيث كل شيء مليء بالهيليوم، فقد تتوقف عن الإيمان بالجاذبية لأنه لن يكون هناك سوى القليل من الأدلة على ذلك. في نوريستاون، وجدت أن قبضتي على الواقع أصبحت ضعيفة. في مثل هذا المكان، ليس لديك أي يقين على الإطلاق، ويصبح العقل أمرًا غريبًا على السياق كما هو الحال مع الجنون بالنسبة إلى العالم الخارجي. في كل مرة ذهبت فيها إلى نوريستاون، شعرت بأن نفسي تنعدم وتبدأ في التفكك.

كانت زيارتي الأولى إلى هناك، التي رُتِّب لها من خلال الإدارة، في يوم ربيعي جميل. جلست مع امرأة مكتئبة تطوعت للتحدث معي. جلسنا فيما يُشبه كشك حديقة على ربوة ذات مناظر خلابة، نحتسي القهوة غير الصالحة للشرب من أكواب بلاستيكية ذائبة جزئيًّا. كانت المرأة التي أجري معها مقابلة واضحة في كلامها و«حسنة المظهر»، لكنني لم أكن أشعر بالارتياح، ولم يكن ذلك بسبب القهوة ذات النكهة البلاستيكية فقط. فعندما بدأنا الحديث، جاء أشخاص لم يكونوا على دراية بالتقاليد الاجتماعية مطلقًا ووضعوا أنفسهم بيننا أو قاطعوني ليسألوني من أنا وماذا أفعل، أوفي إحدى المرات، جاء شخص ما وربت على رقبتي كما لو كنت كلبًا من نوع بيدلينجتون. ووقفت امرأة لم أرها من قبل على بعد نحو عشرة أقدام منا وهي تحدق إلينا لبعض الوقت، ثم انفجرت في البكاء واستمرت في البكاء رغم محاولاتي لتهدئتها. ثم أوضح لي شخص آخر: «هي تصرخ هكذا دائمًا، لا تقلق» فشعرت بارتياح. يبدو أن أي شخص يدخل هذا المكان حتى لو لم يكن مجنونًا لا بد أن يكون مجنونًا عند مغادرته. انخفض عدد نزلاء مستشفى نوريستاون كثيرًا عما كان عليه في السابق وأصبحت أكثر من نصف المباني مهجورة. لقد كانت تلك الصروح الشاغرة، التي بُني العديد منها في الستينيات، تبعث في المرء شعورًا بالخوف والتهديد. إنها مغلقة وفارغة لسنوات عديدة، مما يعطي شعورًا بأنه قد يكون هناك شيء مزعج أو غريب بداخلها.

يقف مرضى الفصام داخل مستشفى نوريستاون ويتحدثون إلى سكان المريخ الذين لا يستطيع بقيتنا رؤيتهم. كان هناك شاب غاضب يطرق على الحائط بقبضتيه، بينما كان المرضى المتصلبون يحدقون بوجوه جامدة إليه، بلا حراك، وكأنهم غير واعين. وبدا الأثاث،

المصمم لمنع إيذاء النفس، متهالكًا ومهترئًا ومتعبًا كالأشخاص الذين يستخدمونه. وكانت الزخارف الباهتة المصنوعة من الورق المقوى تزين الردهة كما لو كانت هناك منذ أن كان المرضى في روضة الأطفال. يبدو أن هؤلاء الأشخاص لم ينظر لهم أحدٌ قط على أنهم بالغون. في كل مرة من المرات العشر التي ذهبت فيها إلى نوريستاون، كانت هناك امرأة تصر على أنني والدتها وتمطرني بوابل من الأسئلة التي لا أستطيع أن أعرف إجاباتها، وكان هناك شخص يبدو قلقًا وسريع الانفعال يطلب مني دومًا أن أغادر المستشفى على الفور لتجنب المشكلات. وكان هناك رجل يعاني تشوهًا شديدًا في وجهه نصَّب نفسه صديقًا لي وأخبرني أنه لا ينبغي لي أن أعير ذلك الشخص الذي يطلب مني المغادرة أي اهتمام، وليس عليَّ أن أغادر؛ إذ سوف يعتادني الجميع بحلول نهاية الشهر. قال لي بتجريد، وبهدوء رتيب وكأنه يُحدِّث نفسه: «أنت لست سيئًا ولست قبيحًا، ابق هنا، وسوف تعتاد ذلك». وطلبت مني امرأة بدينة للغاية المال واستمرت في الإمساك بكتفي لكي لا أهرب منها. طوال فترة وجودي في نوريستاون، استمرت الضوضاء الخلفية غير اللفظية دومًا، بما في ذلك الطرق على الجدران والأبواب والصراخ والشخير والثرثرة والبكاء والأفعال المحرجة مثل إطلاق الريح بصوت عالٍ. كان الحب غائبًا بشكل ملحوظ في هذه البيئة. وعلى الرغم من المباني العديدة والأراضي الواسعة، كانت نوريستاون تفتقر إلى المساحة الكافية، وكان المرضى محاصرين في بؤسهم. كان أربعون بالمائة من المرضى في مثل هذه المباني يعانون الاكتئاب، ويسعون إلى التعافي فيما بدا وكأنه أحد أكثر الأماكن اكتئابًا على وجه الأرض.

ومع ذلك، كانت نوريستاون أفضل منشأة عامة للرعاية الطويلة الأجل زرتها، وقد أبهرني الأشخاص الذين أداروها ليس فقط لكونهم متفانين، بل أيضًا لكونهم أذكياء ولطيفين. كان المرضى في الغالب في أفضل صحة يمكنهم تحقيقها. لقد كانت بعيدة كل البعد عن الفوضى. وكان يحصل الجميع على التغذية السليمة والأدوية اللازمة، في حين حافظ طاقم العمل الماهر على حضوره اليقظ. وكانت حوادث الأذى نادرة في نوريستاون. وكان الجميع نظيفين ويرتدون ملابس جيدة. وكان يمكن للناس عمومًا إخبارك بأمراضهم وأسبابها. وكان الموظفون يُظهِرون مستوى ملحوظًا من الاهتمام بمهامهم. وعلى الرغم من أن المكان يبدو مجنونًا، فإنه يبعث شعورًا بالأمان أيضًا. فقد كان المرضى محميين من العالم الخارجي والجوانب المخيفة لذواتهم الداخلية. وكانت أوجه القصور في المنشأة هي فقط تلك المتأصلة في الرعاية طويلة الأجل.

بعد بضع سنوات في المستشفى، نُقل جو روجرز من منشأة الرعاية طويلة الأمد التي كان مودعًا بها إلى دار إعادة تأهيل في فلوريدا، حيث حصل على علاج أفضل وبعض الأدوية المناسبة. «لكنني بدأت أفهم نفسي بشكل مختلف، بدأت أرى نفسي كمريض نفسي. أخبروني أنني غير قابل للشفاء، ولم يروا أي فائدة من ذهابي إلى الجامعة. كنت في منتصف العشرينات من عمري. قالوا إنني يجب أن أحصل على الضمان الاجتماعي وأبقى هناك. وانتهى بي الأمر

بمرض شديد وفقدت إحساسي بذاتي تمامًا». عندما غادر روجرز، ظل في الشوارع، حيث عاش معظم العام. «كلما حاولت تحسين الأمور، ازدادت تعقيدًا. حاولت تغيير المكان. حاولت التخلي عن عاداتي والابتعاد عن علاقاتي. قررت أنه سيكون من الرائع أن أكون في مدينة نيويورك. لم يكن لدي أي فكرة عما كنت أفعله هناك. انتهى بي الأمر بالعثور على مقعد في حديقة ولم يكن سيئًا للغاية؛ إذ لم يكن هناك الكثير من المشردين في نيويورك آنذاك وكنت طفلًا أبيض صغيرًا حسن المظهر. وكان الناس يهتمون بي».

كان روجرز يروي قصته للغرباء الذين كانوا يعطونه بعض المال، لكنه حجب أي معلومات قد تعيده إلى المستشفى. «اعتقدت أنني إذا عدت، فلن أخرج أبدًا. اعتقدت أنهم سيأخذونني. فقدت كل أمل، لكنني كنت خائفًا من الألم لدرجة أنني لم أتمكن من قتل نفسي». كان ذلك في عام 1973؛ «أتذكر ذات يوم أنني رأيت ضجيجًا هائلًا، وعددًا كبيرًا من الناس يحتفلون ويهللون، وعندما سألتهم عن السبب، أخبروني أن الحرب في فيتنام قد انتهت. فقلت: «أوه، هذا رائع». لكنني لم أستطع أن أفهم ما كان عليه الأمر أو ما كان يحدث، على الرغم من أنني تذكرت أنني شاركت ذات مرة في مسيرة لمعارضة تلك الحرب». ثم بدأ الجو يزداد برودة، ولم يكن لدى روجرز معطف. كان ينام على الأرصفة بجانب نهر هدسون. «بحلول ذلك الوقت، اعتقدت أنني أصبحت منعزلًا جدًّا عن بقية البشرية لدرجة أنني إذا اقتربت من شخص ما، فسوف يشعر بالرعب. لم أكن أستحم ولم أغير ملابسي منذ فترة طويلة. شعرت أنني مثير للاشمئزاز جدًّا. جاء بعض الأشخاص من الكنيسة ذات مرة وعرفت أنهم رأوني أتجول، وأخبروني أنهم سيأخذونني إلى جمعية الشبان المسيحية في إيست أورانج. لو قالوا إنهم سيأخذونني إلى المستشفى، لكنت ركضت بكل قوتي للفرار بحيث لا يرونني مرة أخرى أبدًا. لكنهم لم يفعلوا ذلك؛ لقد أبقوا أعينهم عليَّ وانتظروا حتى أصبحت مستعدًّا، ثم عرضوا عليَّ شيئًا يمكنني القيام به. ولم يكن لدي شيء لأخسره».

وبهذه الطريقة عرف روجرز أهمية التواصل لأول مرة، الذي أصبح حجر الزاوية في سياسته الاجتماعية. يقول روجرز: «الأشخاص المعزولون والضائعون عادة ما يكونون في حاجة ماسة إلى القليل من التواصل الإنساني. يجب أن تكون على استعداد للخروج والبحث عنهم والمحاولة معهم حتى يصبحوا مستعدين للمجيء معك». كان جو روجرز مكتئبًا. لكن الاكتئاب مرض يتربع على قمة الشخصية، وكانت شخصية روجرز الأصلية شديدة الإصرار. يقول الآن: «ربما كان حس الفكاهة هو الشيء الأكثر أهمية بالنسبة لي. ففي أشد حالاتي جنونًا واكتئابًا، كان لا يزال بإمكاني العثور على شيء لأمزح بشأنه». انتقل روجرز إلى جمعية الشبان المسيحيين في إيست أورانج لبضعة أشهر، وحصل على وظيفة في مغسلة للسيارات. ثم انتقل لاحقًا إلى جمعية الشبان المسيحية في مونتكلير حيث التقى زوجته. كان الزواج «له تأثير كبير على الاستقرار». قرر روجرز الذهاب إلى الكلية. «لقد تناوبنا نوعًا ما. كانت تمر هي بفترات من الاكتئاب وكنت أعتني بها، ثم نتبادل الأدوار». بدأ روجرز في العمل التطوعي في

مجال الصحة النفسية -«المجال الوحيد الذي كنت أعرف عنه شيئًا في تلك المرحلة»- عندما كان في السادسة والعشرين من عمره. وعلى الرغم من كرهه للمستشفيات الحكومية بشدة، فإن «الأشخاص الذين كانوا في حاجة ماسة إلى المساعدة كانوا بحاجة إلى شيء ما، واعتقدت أنه يمكننا إصلاح المستشفيات وجعلها أماكن أفضل. لقد حاولت لسنوات، لكنني وجدت أنه لا يمكن إصلاح النظام».

وقد أسس روجرز جمعية الصحة النفسية في جنوب شرق بنسلفانيا، وهي منظمة غير ربحية مخصصة لزيادة دعم المرضى النفسيين. ساعد روجرز في جعل ولاية بنسلفانيا واحدة من أكثر الولايات تقدمًا في البلاد في مجال الصحة النفسية، وأشرف شخصيًّا على إغلاق مستشفيات الولاية، واقترح مبادرات جيدة بشكل ملحوظ في مجال الصحة النفسية المجتمعية، التي تعمل حاليًّا بميزانية سنوية تبلغ نحو 1.4 مليار دولار.[32] تعتبر ولاية بنسلفانيا بيئة داعمة نسبيًّا للأفراد الذين يواجهون مشكلات في الصحة النفسية، وفي الواقع يشق العديد من الأشخاص من الولايات المجاورة طريقهم إلى ولاية بنسلفانيا حتى يتمكنوا من الاستفادة من الأنظمة هناك. كان التشرد تقليديًّا مشكلة كبيرة في فيلادلفيا، وعندما انتُخِب العمدة الحالي، فضَّل إعادة فتح المستشفيات النفسية التي أُغلقت وملء المستشفيات التي كانت لا تزال تعمل. لكن روجرز أقنعه بإغلاق تلك المؤسسات لصالح أنظمة رعاية أخرى.

إن المبدأ الأساسي للنظام الحالي في ولاية بنسلفانيا هو أن الناس لا ينبغي لهم أن يودَعوا في المستشفيات حيث الجنون هو القاعدة السائدة، بل ينبغي لهم أن يعيشوا في مجتمع أكبر، ويكونون معرضين باستمرار للتأثيرات المفيدة للتعقل.[33] ويبقى مرضى ولاية بنسلفانيا الذين يعانون مرضًا نفسيًّا خطيرًا في دور رعاية طويلة الأجل. إنها أماكن صغيرة، ربما يضم كل منها خمسة عشر سريرًا، وتقدم دعمًا مكثفًا ورعاية صارمة وتركيزًا مستمرًّا على التكامل. إذ تسمح للاختصاصي الاجتماعي النفسي بإقامة علاقة فردية مع المريض. يقول روجرز: «إنه شخص يتابعك ويكتشف ما يحدث ويتدخل قليلًا. يجب أن يكون برنامجًا مكثفًا. لقد هدد أحد الأشخاص الذين كنت أساعدهم في بداية مسيرتي المهنية باللجوء للقضاء للحصول على حماية مني. كنت لا أقبل بـــ «لا» كإجابة. ولم يكن هناك شيء يوقفني عن الوصول إليه لاستكمال الرعاية اللازمة». تقدم هذه الأماكن أيضًا برامج إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي، التي تهدف إلى مساعدة الأشخاص على عيش حياة «طبيعية». يبدو أن نحو 80 بالمائة من المرضى الذين يودعون في مؤسسات رعاية بسبب الاكتئاب في ولاية بنسلفانيا يتحسنون في ظل هذه الظروف. ويتم التدخل على نطاق واسع -بما في ذلك الإيداع والعلاج القسري- عندما يشكل شخصٌ ما خطرًا على الآخرين أو خطرًا على نفسه، كما هو الحال عندما يكون في الخارج في البرد القارس. إن الأشخاص الوحيدين الذين يقاومون هذا النوع من العلاج باستمرار هم متعاطو المخدرات المختلون عقليًّا، وبخاصة مدمنو الهيروين؛ ويجب على هؤلاء المرضى التخلص من السموم قبل أن يقدَّم لهم نظام الصحة النفسية التابع للدولة الرعاية.

أنشأ روجرز أيضًا سلسلة مما يسميه «مراكز الاستقبال»، وهي أماكن في شكل متاجر تكون في الشارع، يعمل بها عادةً أشخاص يتعافون من أمراض نفسية. وهذا يخلق فرص عمل للأشخاص الذين بدؤوا للتو في التكيف مع بيئة منظمة، ويمنح الأشخاص الذين هم في حالة سيئة مكانًا يذهبون إليه، ويقضون أوقاتهم، ويتلقون النصائح المنظمة. وبمجرد تعريفهم بهذه الأماكن، فإن الأشخاص المشردين الذين يشعرون بالخوف من التدخل الأكثر حدة سيعودون إليها مرارًا وتكرارًا. توفر مراكز الاستقبال منطقة انتقالية بين العزلة النفسية والرفقة. أنشأت ولاية بنسلفانيا الآن نظامًا ضخمًا للتتبع يشبه الدولة البوليسية، لكنه يمنع الناس من الانهيار التام. تتضمن قاعدة البيانات جميع العلاجات التي تمت من خلال أنظمة الدولة، بما في ذلك كل زيارة لغرفة الطوارئ قام بها كل مريض على الإطلاق. يقول روجرز: «لقد كتبت اسمي، وصُدمت بالنتيجة». إذا غاب مريض في نظام ولاية بنسلفانيا دون إذن، فسوف يبحث عنه الاختصاصيون الاجتماعيون ويستمرون في متابعته بانتظام. ومن المستحيل الهروب من هذا النظام إلا بالتعافي.

مشكلة هذا البرنامج برمته هي هشاشته، فهو غير مستقر ماليًّا. إن المستشفيات النفسية الكبيرة هي كيانات ضخمة ذات تكاليف محددة، في حين يمكن بسهولة تقليص ميزانية البرامج غير المؤسسية عند حدوث أزمة مالية. ومن ثم فإن إدماج الأشخاص المصابين بأمراض نفسية في المجتمع يتطلب التسامح، حتى في المناطق المزدهرة ذات العقول المتفتحة. يقول النائب بوب وايز: «الجميع يؤيدون إلغاء الرعاية المؤسسية حتى يروا شخصًا بلا مأوى من شرفتهم الأمامية». المشكلة الأكبر هي أنه بالنسبة إلى بعض الأشخاص المرضى نفسيًّا، فإن كل هذا الاستقلال والانغماس في المجتمع يعتبر أكثر مما يمكنهم تحمله. إذ لا يستطيع البعض العيش خارج بيئة معزولة تمامًا مثل المستشفى. وهؤلاء يُجبَرون على الاندماج في عالم يرهقهم، وهذا لا يفيدهم أو يفيد أولئك الذين يقابلونهم ويساعدون في الاعتناء بهم.

لكن لا شيء من هذا يثبط عزيمة روجرز. لقد تمكَّن من إغلاق المستشفيات باستخدام نهج العصا والجزرة، حيث أقام علاقات مواتية مع المسؤولين الحكوميين ذوي النفوذ وقاضاهم في الوقت نفسه في دعاوى جماعية تستفيد من قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة. لقد صاغ روجرز جهوده على غرار حركة عمال المزارع المتحدين بقيادة سيزار تشافيز. لقد حاول في الواقع توحيد المرضى النفسيين، مما أعطى تلك الفئة المتناثرة للغاية من الأشخاص المحرومين صوتًا جماعيًّا. في الخمسينيات من القرن الماضي، في ذروة إيداع المرضى في مؤسسات الرعاية، خُزِّن نحو خمسة عشر ألف مريض في منشآت حول فيلادلفيا. لقد أغلق روجرز اثنين من هذه المستشفيات، ونوريستاون، وهو آخر مستشفى قائم، لا يوجد فيه سوى مئات المرضى. لقد جاءت المعارضة الأساسية للدعاوى القضائية الجماعية التي رفعها روجرز من العمال النقابيين في المستشفيات. وقد أغلِقت المستشفيات من خلال نقل الأفراد تدريجيًّا -عند اكتسابهم صحة كافية للانتقال- إلى مرافق رعاية مجتمعية طويلة الأجل.

لكن إذا كانت المستشفيات الكبرى مواقع لإساءة المعاملة، فمن المحتمل أن تصبح البرامج المجتمعية مواقع لإساءة معاملة مماثلة أو أسوأ. ومن الصعب الحفاظ على الضوابط والتوازنات داخل هذه البرامج. يدير العديد من المسؤولين والعاملين في مجال الصحة النفسية مثل هذه المراكز، ولكل منها ديناميكياته الداخلية. فكيف يمكن لأعمال مثل هذه المراكز أن تكون شفافة تمامًا لأولئك الذين يشرفون عليها، من الناحية النظرية، وهم الأفراد الذين يقومون عادة بزيارات عرضية قصيرة فقط؟ هل من الممكن الحفاظ على معايير عالية من الرقابة عندما تخضع السلطة إلى اللامركزية؟

إن السؤال حول ماهية المرض النفسي ومن ينبغي أن يخضع للعلاج يعتمد إلى حد كبير على التصورات العامة حول العقلانية. هناك شيء اسمه العقل وهناك شيء اسمه الجنون، والفرق بينهما قطعي وبُعدي، أي في النوع والدرجة. ففي نهاية المطاف، هناك سياسة لما يطلبه المرء من عقله ومن عقول الآخرين. لا حرج في هذه السياسة. إنها جزء أساسي من تعريفنا لذاتنا، وحجر الزاوية في النظام الاجتماعي. ومن الخطأ أن نعتقد بوجود تواطؤ وراءها؛ وما لم يعتقد المرء أن الإجماع حول مواضيع معقدة يمكن أن يحدث، فيجب عليه الغوص في هذا المزيج الغريب من الرأي الشخصي والتاريخ العام الذي يحدد كل طرائقنا كحيوانات اجتماعية واستكشافه. إن المشكلة لا تكمن في سياسات الاكتئاب بقدر ما تكمن في فشلنا في إدراك وجود مثل هذه السياسات. لا مفر من هذه السياسات، فهي تعكس جوانب الحياة الأوسع. أولئك الذين يفتقرون إلى الموارد المالية يتمتعون بحرية أقل من أولئك الذين يتمتعون بامتيازات مالية، وتختلف سياسات الاكتئاب بناءً على شدة المرض أيضًا؛ فبالنسبة إلى أولئك الذين يعانون مرضًا خفيفًا، هناك حرية أكبر من أولئك الذين يعانون مرضًا شديدًا. في أواخر السبعينيات، طرح توماس ساس، المشهور بدفاعه عن الحق في الانتحار، حججًا ضد استخدام الأدوية، مدعيًا أنه لا يوجد قانون طبيعي يحق للطبيب النفسي بموجبه التدخل في الحياة الشخصية للمريض وإعطاؤه الأدوية.[34] ومن المثير للاهتمام أن نعرف أن من حق المرء أن يشعر بالاكتئاب. ومن الجيد أيضًا أن نعرف أنه في ظل الظروف العقلانية المناسبة، يمكن للمرء أن يقرر عدم تناول الدواء. ومع ذلك، ذهب ساس إلى ما هو أبعد من نطاق صلاحياته، حيث عزز الاعتقاد بين مرضاه بأن التخلي عن الدواء كان بمنزلة عمل قوي لتحقيق الذات. هل هذا الفعل سياسي؟ يعتقد بعض مرضى ساس أنه كذلك. إن التعريفات التي يقدمها الأطباء النفسيون «للسلوك المسؤول» سياسية أيضًا. ونحن كمجتمع اعترضنا على وجهة نظر ساس، مما اضطره إلى دفع 650 ألف دولار لأرملة أحد مرضاه بعد أن انتحر هذا المريض بطريقة وحشية ومؤلمة بشكل خاص.[35]

هل الأهم حماية الشخص من موته أم السماح له بالحرية المدنية لتجنب العلاج؟ لقد نوقشت هذه المشكلة كثيرًا. اقترحت مقالة مثيرة للقلق بشكل خاص في صحيفة نيويورك تايمز، كتبها طبيب نفسي في مركز أبحاث محافظ في واشنطن ردًّا على تقرير كبير الأطباء

الجديد حول الصحة النفسية، أن مساعدة المرضى المصابين بأمراض خفيفة من شأنها أن تحرم المرضى المصابين بأمراض خطيرة، كما لو أن رعاية الصحة النفسية كانت موردًا معدنيًّا محدودًا.[36] وقد ذكر بشكل قاطع أنه من غير الممكن إجبار الأشخاص غير الخاضعين للرقابة على تناول أدويتهم، واقترح أن أولئك المرضى النفسيين («المصابين بأمراض منهكة مثل الفصام والاضطراب ثنائي القطب») الذين ينتهي بهم الأمر في السجن على الأرجح يحتاجون إلى الوجود هناك. وفي الوقت نفسه، اقترح أن 20% من مواطني الولايات المتحدة الذين يتحملون عبء نوع ما من الأمراض النفسية (بما في ذلك، على ما يبدو، جميع أولئك الذين يعانون الاكتئاب الشديد) في كثير من الحالات لا يحتاجون إلى العلاج وبالتالي لا ينبغي أن يحصلوا عليه. الكلمة الأساسية هنا هي **الحاجة**، لأن مسألة الحاجة تدور حول جودة الحياة بدلًا من وجودها. صحيح أن العديد من الأشخاص يمكنهم البقاء على قيد الحياة مع الاكتئاب، ولكن يمكنهم أيضًا البقاء على قيد الحياة دون أسنان على سبيل المثال. إن قدرة المرء على البقاء حيًّا من خلال تناول الزبادي والموز فقط لبقية حياته ليست سببًا لترك الناس المعاصرين بلا أسنان. يمكن لأي شخص أيضًا أن يعيش مع اعوجاج القدم، ولكن في هذه الأيام فإن المعتاد هو اتخاذ تدابير لتصحيحه. والحجة المستخدمة في ذلك تعود بنا إلى الحجة نفسها التي نسمعها مرارًا وتكرارًا من خارج عالم المرض النفسي، وهي أن الأشخاص الوحيدين الذين يجب علاجهم هم أولئك الذين يشكلون تكلفة فورية أو تهديدًا للآخرين.

إن الأطباء، وبخاصة أولئك الذين لا يرتبطون بالمستشفيات التعليمية، غالبًا ما يعرفون عن التقدم الحادث في الطب من بائعي الأدوية. وهذا نعمة ونقمة. فهو يضمن حصول الأطباء على التعليم المستمر، وأنهم يتعرفون على مزايا المنتجات الجديدة عندما تصبح هذه المنتجات متاحة. لكنه ليس شكلًا مناسبًا للتعليم المستمر. إذ تركز الصناعات الدوائية على الأدوية أكثر من العلاجات الأخرى.[37] يقول إليوت فالنشتاين، الأستاذ الفخري لعلم النفس وعلم الأعصاب بجامعة ميشيجان: «لقد ساعد هذا في ميلنا تجاه الأدوية. الأدوية ممتازة ونحن ممتنون للشركات التي تنتجها، ولكن من المؤسف أن العملية التعليمية ليست متوازنة بشكل أفضل». علاوة على ذلك، ونظرًا لأن الصناعة تمول العديد من الدراسات الأكبر والأكثر شمولًا، فإن هناك دراسات أفضل للمواد القابلة للحماية ببراءة مقارنة بتلك التي لا يمكن حمايتها ببراءة مثل عشبة القديس يوحنا؛ وهناك دراسات حول علاجات دوائية جديدة أكثر من العلاجات الجديدة الأخرى مثل إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة. وليس لدينا برامج وطنية كافية لموازنة العمل الذي ترعاه شركات الأدوية. في مقال نُشر مؤخرًا في مجلة لانسيت، وهي مجلة طبية رائدة، اقترح البروفيسور جوناثان ريس إعادة تصور كامل لعملية براءات الاختراع من أجل وضع دافع الربح في العلاجات التي لا يمكنها الآن الحصول على براءة اختراع، بما في ذلك ما يسميه «معلوماتية الجينوم». ومع ذلك، في الوقت الحاضر، لا يوجد سوى القليل من الحوافز المالية في هذا المجال.[38]

يعرف أعضاء صناعة الأدوية أنه في السوق الحرة، من المرجح أن تكون أفضل العلاجات هي الأكثر نجاحًا. إن سعيهم للحصول على علاجٍ جيد يقترن بالطبع بسعيهم وراء الربح؛ ولكنني أعتقد، على النقيض من بعض الساسة البارزين، أن المديرين التنفيذيين لشركات الأدوية أقل استغلالًا لمجتمعهم من الناس في معظم الصناعات الأخرى. إن العديد من الاكتشافات التي تميز الطب الحديث لم تكن ممكنة لولا برامج البحث والتطوير الضخمة لصناعة الأدوية، التي تنفق نحو سبعة أضعاف ما تنفقه الصناعات الأخرى على تطوير منتجات جديدة. هذه البرامج مبنية على الربح؛ ولكن ربما يكون تحقيق الربح عن طريق اختراع علاجات للمرضى أنبل من اختراع أسلحة قوية أو إنتاج مجلات إباحية. قال ديفيد تشاو، أحد العلماء الثلاثة في شركة إيلي ليلي الذين اخترعوا دواء بروزاك: «لم يكن من الممكن أن يحدث ذلك إلا في صناعة الأدوية». وقال ويليام بوتر، الذي يعمل الآن أيضًا في شركة ليلي بعد مغادرته المعهد الوطني للصحة النفسية: «لقد كان علماء المختبر هنا هم الذين قادوا عملية تطوير بروزاك. وصناعة الأدوية هي مَن تمول البحوث المهمة. لقد اتخذ المجتمع هذا الاختيار ومنحنا هذا النظام ذا التقدم الكبير». ترتعد فرائصي عندما أفكر أين كنت سأكون لو لم تنتج صناعة الأدوية تلك الأدوية التي أنقذت حياتي.

لكن على الرغم من كل الخير الذي حققته هذه الصناعة، فإنها في الأخير «صناعة»، وتظل مُبتلاة بكل عيوب الرأسمالية الحديثة. لقد حضرت عددًا كبيرًا من المؤتمرات التعليمية التي نظمتها شركات ممزقة بين البحث والإغراء المادي. وفي واحدة منها، أُقيمت في حديقة أسماك بالتيمور، عُرض الاختيار بين إلقاء محاضرة حول «علم الأحياء العصبي وعلاج الاضطراب ثنائي القطب» و«ذهاب الضيوف وعائلاتهم في جولة لإطعام سمك الرقيطة». كما حضرت حفل إطلاق أحد مضادات الاكتئاب الرئيسية في الولايات المتحدة، وهو المنتج الذي سرعان ما استحوذ على حصة كبيرة من السوق. وعلى الرغم من أن عملية الإطلاق تمت في ظل قيود هيئة تنظيمية صارمة -إدارة الغذاء والدواء (FDA)- التي تحكم ما يمكن أن يقال عن المنتج، فإنه كان أشبه بالسيرك حيث تُحشَد العواطف وتُوجَّه. علاوة على ذلك، كان مهرجانًا جامحًا، مليئًا بحفلات الديسكو، وحفلات الشواء، والرومانسيات. لقد كان مثالًا نموذجيًّا لهوس الشركات الأمريكية بمنتجاتها. وفي حين أن مثل هذه الأحداث الترويجية الجذابة تمثل استراتيجية شائعة في السوق الأمريكية شديدة التنافسية، أعتقد أن تلك المظاهر، على الرغم من أنها تبدو حميدة، كانت متناقضة إلى حد ما مع الترويج لمنتج مخصص للأفراد الذين يعانون بلاء شديدًا.

اجتمع مندوبو المبيعات في مركز مؤتمرات ضخم من أجل الخطابات الرئيسية. وكان حجم الجمهور -أكثر من ألفي شخص- هائلًا. عندما جلسنا جميعًا، ظهرت على المسرح، أوركسترا بأكملها، تعزف أغنية «انسَ مشكلاتك، هيا كن سعيدًا» ثم أغنية «الجميع يريد أن يحكم العالم» لفرقة Tears for Fears. وعلى هذه الخلفية، رحَّب بنا صوت عميق في حفل

إطلاق منتج جديد رائع. عُرضت صور ضخمة لجراند كانيون ونهر سيلفان على شاشات يبلغ طولها عشرين قدمًا، وأضاءت الأضواء لتكشف عن مشهد يبدو كموقع بناء. بدأت الأوركسترا في عزف مختارات من أغنية «الجدار» لفرقة بينك فلويد. ارتفع ببطء جدار من الطوب العملاق في الجزء الخلفي من المسرح، وظهرت عليه أسماء المنتجات المنافسة. وبينما كانت جوقة من الراقصين الذين يعتمرون خوذات التعدين ويحملون المعاول يؤدون حركات رياضية على سقالة يُتحكَّم فيها إلكترونيًّا، انطلق شعاع ليزر على شكل شعار المنتج من مركبة فضائية في الجزء الخلفي من القاعة وأطاح بمضادات الاكتئاب الأخرى. بينما رفع الراقصون أحذية العمل الخاصة بهم وأدوا رقصة أيرلندية غير متناسبة تحطم الطوب، المصنوع على ما يبدو من جص المسرح، وسط الغبار. صعد رئيس فريق المبيعات فوق الأنقاض ليصيح بابتهاج عندما ظهرت الأرقام على الشاشة؛ لقد كان متحمسًا للأرباح المستقبلية كما لو أنه فاز للتو في برنامج صراع العائلات Family Feud.

جعلني الإسراف المبالغ فيه غير مرتاح للغاية، لكنه أثار بلا شك حماسة جميع الحاضرين. لقد ولَّد مستوى من الإثارة يضاهي الهتافات التي تثيرها فرق التشجيع في المباريات الرياضية. وبحلول نهاية هذه المسرحية الهزلية، كان الجمهور نشيطًا ومستعدًّا لمحاربة البؤس وجهًا لوجه. بعد مراسم الافتتاح ظهر استجداء صادق لإنسانية فريق المبيعات. إذ عُتِّمت الغرفة لمشاهدة فيلم قصير أُنتِج خصيصى لهذه المناسبة، الذي أظهر الأشخاص الذين تناولوا المنتج بالفعل خلال دراسات المرحلة الثالثة. لقد خرج هؤلاء الأشخاص الحقيقيون من معاناة رهيبة؛ وقد وجد البعض في هذا المنتج راحة من الاكتئاب العنيد الذي أعاقهم لنصف حياتهم. كانت المشاهد المعروضة ضبابية بعض الشيء، وهو ما تناسب مع طابع الحدث بأكمله، إلا أنها أظهرت مواقف حقيقية، ورأيت الحاضرين متأثرين جدًّا بالمعاناة الحقيقية التي مر بها الناس. كان الإحساس الحقيقي بالهدف الذي غادر به الناس القاعة الكبيرة صادقًا. بعد ذلك استمرت النزعة المتناقضة لعملية الإطلاق؛ إذ حُشِدت عدوانية الباعة وتعاطفهم جنبًا إلى جنب. وفي النهاية، زُوِّد الجميع بمنتجات متنوعة، وعدت إلى المنزل بقميص، وسترة، ومفكرة، وقبعة بيسبول، وحقيبة طائرة، وعشرين قلمًا، ومجموعة من السلع الأخرى المرسوم عليها شعار المنتج بشكل واضح.

شكَّك ديفيد هيلي، السكرتير السابق للجمعية البريطانية لعلم الأدوية النفسية، في عملية الموافقة على علاجات الاكتئاب. ومن وجهة نظره، استخدمت الصناعة مصطلح مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRIs) للإشارة إلى بساطة زائفة في الوظيفة. يكتب هيلي: «الأدوية التي تمنع استرداد السيروتونين قد تكون مضادة للاكتئاب، كما هو الحال مع المركبات التي تمنع استرداد الكاتيكولامين بشكل انتقائي. في الواقع، هناك اقتراح قوي بأنه في حالات الاكتئاب الشديدة، قد تكون بعض المركبات القديمة التي تعمل على أنظمة متعددة أكثر فاعلية من المركبات الأحدث. يكاد يكون من المؤكد أن العلاج بالصدمات الكهربائية هو

علاج لا يستهدف ناقلًا عصبيًّا معينًا، ولكن يعتقد العديد من الأطباء أنه الأسرع والأكثر فاعلية من العلاجات الحالية. ما يوحي به هذا بشأن الاكتئاب ليس أنه اضطراب في ناقل عصبي واحد أو مستقبل معين، بل أنه في الاضطرابات الاكتئابية، يُخترَق عدد من الأنظمة الفسيولوجية أو يوقَف تشغيلها أو تزامنها بطريقة ما».[39] ويشير هذا إلى أن السمات ذاتها التي تعلن عنها العديد من شركات الأدوية لأدويتها ليست في الواقع مفيدة بشكل خاص لمستهلكي تلك الأدوية. استنادًا إلى نموذج بكتيري للمرض، يفترض النظام الفيدرالي للوائح والقوانين الذي وُضِع في الستينيات أن كل مرض له ترياق محدد وأن كل ترياق يعمل على مرض محدد. مما لا شك فيه أن الخطاب الحالي من جانب إدارة الغذاء والدواء الأمريكية، والكونجرس الأمريكي، وشركات الأدوية، وعامة الناس، يعكس فكرة مفادها أن الاكتئاب يغزو الشخص وأن العلاج المناسب قادر على طرده. فهل تُعتبر فئة «مضادات الاكتئاب» التي تفترض وجود مرض «الاكتئاب» منطقية؟

إذا كان الاكتئاب مرضًا يؤثر على ما يصل إلى 25% من سكان العالم[40]، فهل يمكن أن يكون مرضًا في الواقع؟ هل هو شيء يطغى على الشخصية «الحقيقية» للأشخاص المصابين به؟ كان بإمكاني تأليف هذا الكتاب في نصف المدة التي استغرقها تأليفه إذا كان بإمكاني الاكتفاء بأربع ساعات من النوم في الليلة. أنا معاق بشكل كبير بسبب حاجتي إلى النوم. لن أستطيع على سبيل المثال أن أكون وزيرًا للخارجية، لأن هذه الوظيفة تتطلب نشاطًا أكبر مما يمكن تعبئته في خمس عشرة ساعة يوميًّا. أحد الأسباب التي جعلتني أختار أن أصبح كاتبًا هو أنني أستطيع تنظيم جدول أعمالي، وكل مَن عملت معه يعرف أنني لا أقوم باجتماعات صباحية إلا بالإكراه. كنت أتناول أحيانًا دواءً لا يستلزم وصفة طبية -يُسمى القهوة- لمساعدتي في الحصول على نوم أقل مما كنت سأحتاج إليه دونه. إنه دواء غير كامل. فهو فعال جدًّا لعلاج اضطرابي على المدى القصير، ولكن عند تناوله على المدى الطويل كبديل للنوم، فإنه يسبب القلق والغثيان والدوخة وانخفاض الكفاءة. ولهذا السبب، فهو لا يعمل بشكل جيد بالنسبة لي حتى أتمكن من متابعة جدول زمني مثل جدول وزير الخارجية. يبدو من المرجح أنه إذا أجرت منظمة الصحة العالمية دراسة وعرفت عدد ساعات العمل التي تُهدَر كل عام من الأشخاص الذين يحتاجون إلى أكثر من ست ساعات من النوم في الليلة، فمن المحتمل أن تكون حصيلة النوم في هذا الهدر أكبر من حصيلة الاكتئاب.

لقد التقيت أشخاصًا يحتاجون إلى النوم أربع عشرة ساعة كل ليلة، وهم، مثل الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب الشديد، يواجهون صعوبات في العمل في العالم الاجتماعي والمهني الحالي لعصرنا. إنهم يعانون عيبًا رهيبًا. لكن ما هي حدود المرض؟ ومن سيُصنف على أنه مريض إذا ظهر دواء أفضل من الكافيين؟ هل يمكننا أن نبتكر نموذجًا مبنيًّا على جدول نوم وزير الخارجية ونبدأ في التوصية بالأدوية لكل من ينام أكثر من أربع ساعات في الليلة؟ هل سيكون من السيئ أن نفعل ذلك؟ ماذا سيحدث للأشخاص الذين يرفضون العلاج الدوائي

وينامون ساعاتهم المعتادة؟ لن يكونوا قادرين على مواكبة الأمر؛ إذ ستكون الوتيرة السريعة للحياة الحديثة أسرع بكثير إذا تمكَّن معظم الناس الآن من الاستفادة من هذا الدواء الافتراضي.

يكتب هيلي: «خلال سبعينيات القرن العشرين، أصبحت الاضطرابات النفسية الرئيسية تُعرف بأنها اضطرابات في أنظمة الناقلات العصبية الفردية ومستقبلاتها. لم يكن الدليل الذي يدعم أيًّا من هذه المقترحات موجودًا على الإطلاق، لكن هذه اللغة دعمت بقوة انتقال الطب النفسي من نظام يفهم نفسه من خلال المصطلحات البُعدية إلى نظام يهتم بالمصطلحات القاطعة».[41] في الواقع، ربما يكون هذا هو الشيء الأكثر إثارة للقلق بشأن النظرة السائدة للاكتئاب؛ فهي ترفض فكرة الاستمرارية وتفترض أن المريض إما أنه يعاني الاكتئاب وإما لا يعانيه، أو أنه مكتئب أو لا، كما لو كانت عبارة «مكتئب بعض الشيء» تعادل عبارة «هذه المرأة حامل بعض الشيء». النماذج القاطعة جذابة. في عصر أصبحنا فيه مغتربين بشكل متزايد عن مشاعرنا، قد نشعر بالارتياح لفكرة أن الطبيب يمكنه إجراء فحص دم أو مسح للدماغ ويخبرنا ما إذا كنا نعاني الاكتئاب أم لا وما هو نوعه. لكن الاكتئاب عاطفة موجودة لدى جميع الناس، تتقلب وتخرج عن نطاق السيطرة؛ الاكتئاب هو فرط في شيء شائع، وليس وجود شيء غريب. ويختلف الأمر من شخص إلى آخر. يمكننا أن نسأل ما الذي يجعل الناس يشعرون بالاكتئاب؟ لكن يمكننا أن نسأل أيضًا ما الذي يجعل الناس هانئين؟

قد يساعد الطبيب في تحديد الجرعات، ولكن قد يكون من السهل يومًا ما أن يتناول الشخص أحد مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية كما هو الحال مع الفيتامينات المضادة للأكسدة[42]، التي تكون فوائدها على المدى الطويل واضحة، وآثارها الجانبية ضئيلة وغير مميتة، ويمكن التحكم فيها بسهولة.[43] تُقوِّي مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية الصحة النفسية الهشة؛ إنها تحافظ على لياقة العقل والنفس. إن تناول الجرعات الخاطئة أو تناول الأدوية بشكل غير منتظم سوف يمنعها من أداء وظيفتها كما ينبغي، ولكن كما يشير هيلي، فإن الناس يتناولون الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية بحذر معقول. نحن عادة لا نتناول جرعة زائدة منها. نحن نطبِّق نهج التجربة والخطأ على أنفسنا لمعرفة المقدار الذي يجب أن نتناوله (وهو ما يفعله الأطباء تقريبًا مع مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية). إن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية ليست مميتة أو خطيرة حتى في حالة تناول جرعة زائدة شديدة. يعتقد هيلي أن إضفاء سحر على الأدوية من خلال وصفها طبيًّا أمر لافت للنظر بشكل خاص مع مضادات الاكتئاب، التي لها آثار جانبية قليلة نسبيًّا التي تُستخدم لعلاج مرض لا يوجد في الوقت الحالي إلا في تفسير المريض له، أي أنه مرض لا يمكن تأكيده بأي مصطلحات طبية بخلاف ما يعبِّر به المريض ذاته. فلا توجد طريقة لتحديد ما إذا كان الدواء المضاد للاكتئاب ضروريًّا أم لا إلا عن طريق سؤال المريض، وهذا السؤال يتم في أغلب الأحيان من قِبل الأطباء العامين الذين ليس لديهم معلومات حول الأدوية أكثر من الشخص العادي الذي يقرأ جيدًا.

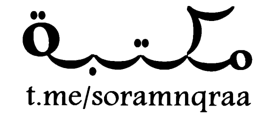
لقد أصبح نظامي الدوائي الآن متوازنًا بشكل متقن، ولم أكن لأمتلك الخبرة اللازمة للتغلب على الانهيار الأخير دون التشاور الوثيق مع خبير بارع. لكن العديد من الأشخاص الذين أعرفهم والذين يتناولون عقار بروزاك ذهبوا ببساطة إلى الطبيب وطلبوا ذلك. لقد أجروا بالفعل تشخيصًا ذاتيًّا، ولم يجد الطبيب أي سبب للشك في رؤيتهم لحالتهم. لا يبدو أن تناول بروزاك دون داعٍ له أي تأثير محدد، ومن المرجح أن يتوقف أولئك الذين لا يفيدهم تناوله عن تناوله. فلماذا لا ينبغي أن يكون الناس أحرارًا تمامًا في اتخاذ هذه القرارات بمفردهم؟

العديد من الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلات يتناولون مضادات الاكتئاب لعلاج «الاكتئاب الخفيف»، ويعيشون حياة أفضل وأكثر سعادة بسبب ذلك. ولو كنت مكانهم لفعلت ذلك. ولعل ما يريدون تغييره هو شخصيتهم حقًّا، كما اقترح بيتر كرامر في كتابه «الاستماع إلى بروزاك Listening to prozac». إن الآراء التي تقول إن الاكتئاب مشكلة كيميائية أو بيولوجية هي بمنزلة حيلة دعائية. إذ يمكننا أيضًا، على الأقل من الناحية النظرية، العثور على كيمياء الدماغ الخاصة بالعنف والتلاعب بها. إن فكرة أن جميع حالات الاكتئاب هي مرض يجتاح المرء تعتمد إما على التوسع الهائل في كلمة مرض لتشمل جميع أنواع الصفات (من النعاس إلى البغيض إلى الغباء) وإما على تلفيق حديث مناسب. ومع ذلك، فإن الاكتئاب الشديد هو حالة مدمرة يمكن علاجها الآن، ولا بد من علاجها بأقصى قدر ممكن من القوة، من أجل مجتمع عادل حيث يعيش الناس حياة غنية وصحية. ويجب أن تغطي شركات التأمين العلاج، وأن تحميه قوانين الكونجرس، وأن يتناوله باحثون كبار باعتباره مسألة ذات أهمية قصوى. وهنا نجد مفارقة ظاهرية تستحضر الأسئلة الوجودية حول ماهية الإنسان وآلامه. إن حقوقنا في الحياة والحرية واضحة نسبيًّا؛ لكن حقنا في السعي وراء السعادة يصبح أكثر إثارة للحيرة كل يوم.

قالت لي إحدى أصدقائي الأكبر سنًّا ذات مرة إن التعبير عن الجنس علنًا قد دمَّره. وقالت إنها اكتشفت العلاقة الحميمة في شبابها مع عشاقها الأوائل، مسترشدين فقط بغرائزهم البدائية. إذ لم يكن لديهم توقعات محددة لبعضهم بعضًا، ولا معايير. قالت لي: «لقد قرأت الكثير من المقالات التي تحدد عدد هزات الجماع التي يجب أن يحصل عليها المرء ومتى وكيف. يُقال لك ما ينبغي لك فعله وفي أي المواقف وكيف تشعر. لقد أُخبِرتَ بالطريقة الصحيحة والطريقة الخاطئة لكل شيء. فما هي فرصة الاكتشاف المتاحة لديك الآن؟».

كان الخلل الوظيفي في الدماغ أيضًا أمرًا خاصًّا ذات يوم، على الرغم من التاريخ الذي يرويه هذا الكتاب. لقد تعامل الناس مع الأمر دون مفاهيم سابقة، وكانت الطرق التي انحرفت بها الأمور فريدة إلى حد كبير بالنسبة إلى كل فرد. كما اختلفت أيضًا كيفية تعامل مَن حولك مع الأمر باختلاف الظروف الفردية. الآن باتت هناك مبادئ توجيهية للألم النفسي. أصبحنا نعتمد على التصنيفات الاصطناعية والصيغ المبسطة. عندما اعتُرِف بالاكتئاب علنًا، أصبح له هيكل مفروض من الخارج. وهنا تلتقي السياسة بالاكتئاب. هذا الكتاب نفسه متورط بلا حول

ولا قوة في سياسات الاكتئاب. فإذا قرأت هذه الصفحات من كثب، يمكنك أن تتعلم كيف تصاب بالاكتئاب: بماذا تشعر، وبماذا تفكر، وماذا تفعل. ومع ذلك، فإن تفرد كفاح كل شخص يظل قائمًا. فالاكتئاب، مثل الجنس، يحتفظ بهالة من الغموض لا تنطفئ، ويظهر بشكل جديد في كل مرة.



الفصل الحادي عشر

التطور

لقد قيل الكثير عن ماهية الاكتئاب ومتى وأين يحدث؛ لكن أنصار التطور وجَّهوا انتباههم إلى سبب حدوثه. والاهتمام بالسبب يبدأ بالتاريخ؛ لذا يحاول علم الأحياء التطوري أن يشرح كيف وصلت الأمور إلى ما هي عليه الآن. لماذا تحدث مثل هذه الحالة غير السارة وغير المنتجة في الأساس لدى جزء كبير جدًّا من الناس؟ ما هي المزايا التي يمكن أن تكون قد قدَّمتها في أي وقت مضى؟ هل يمكن أن تكون مجرد عيب في البشرية؟ لماذا لم يُقض عليها بشكل طبيعي مع مرور الوقت؟ لماذا تميل أعراض محددة إلى التجمع معًا، وما العلاقة بين التطور الاجتماعي والبيولوجي لهذا الاضطراب؟ من المستحيل الإجابة عن هذه الأسئلة دون النظر إلى الأسئلة التي تسبق موضوع الاكتئاب. أي لماذا، من الناحية التطورية، لدينا حالات مزاجية من الأساس؟ لماذا حقًّا لدينا عواطف؟ ما الذي دفع العملية التطورية بالضبط إلى انتقاء اليأس والإحباط والتهيج، واختيار القليل جدًّا من الفرح نسبيًّا؟ إن النظر إلى الأسئلة التطورية حول الاكتئاب هو كالنظر إلى ما يعنيه أن تكون إنسانًا.

من الواضح أن اضطرابات المزاج ليست حالات بسيطة وفردية ومنفصلة. يشير مايكل ماكجواير وألفونسو ترويزي، في كتابهما «الطب النفسي الداروينى Darwinian Psychiatry»، إلى أن الاكتئاب «يمكن أن يحدث مع أو دون مسببات معروفة، ويمكن أن ينتشر في بعض الأحيان في العائلات وفي أحيان أخرى لا ينتشر، ويمكن أن يظهِر معدلات توافق مختلفة بين التوائم أحادية الزيجوت، ويمكن أن يستمر في بعض الأحيان مدى الحياة وفي أحيان أخرى يختفي تلقائيًّا».[1] علاوة على ذلك، من الواضح أن الاكتئاب هو النتيجة

الشائعة للعديد من الأسباب؛ «بعض الأشخاص المصابين بالاكتئاب يعيشون في بيئات اجتماعية صعبة والبعض الآخر لا يعيش مثل هذه الظروف الصعبة؛ ويأتي البعض من عائلات ينتشر فيها الاكتئاب والبعض الآخر لا؛ كما أُبلِغ عن اختلافات فردية كبيرة في النظم الفسيولوجية المسببة للاكتئاب (على سبيل المثال، النورإيبينفرين والسيروتونين). علاوة على ذلك، يستجيب البعض لنوع من الأدوية المضادة للاكتئاب ولكن ليس لنوع آخر. والبعض لا يستجيب لأي نوع من الأدوية ولكنه يستجيب للعلاج بالصدمات الكهربائية؛ والبعض لا يستجيب لأي تدخل علاجي معروف».

لذا يبدو أن ما نسميه الاكتئاب هو مجموعة غريبة من الحالات التي لا توجد لها حدود واضحة. يبدو الأمر كما لو كان لدينا حالة تسمى «السعال» تشمل بعض السعال الذي يستجيب للمضادات الحيوية (السل) وبعض السعال الذي يستجيب للتغيرات في الرطوبة (انتفاخ الرئة) وبعض السعال الذي يستجيب للعلاجات النفسية (قد يكون السعال سلوكًا عصبيًّا)، وبعض السعال الذي يتطلب علاجًا كيميائيًّا (سرطان الرئة) وبعض السعال الذي يبدو مستعصيًا على الحل. بعض أنواع السعال تكون قاتلة إذا لم تُعالج وبعضها مزمن وبعضها مؤقت وبعضها موسمي وبعضها يذهب من تلقاء نفسه ويرتبط بعضها بالعدوى الفيروسية. فما هو السعال؟ لقد قررنا تعريف السعال كعرض من أعراض أمراض مختلفة وليس كمرض في حد ذاته، على الرغم من أنه يمكننا أيضًا النظر إلى ما يمكن أن نطلق عليه الأعراض اللاحقة للسعال نفسه: التهاب الحلق، وقلة النوم، وصعوبة الكلام، وتهيج الصدر والتنفس المضطرب وما إلى ذلك. الاكتئاب ليس مرضًا مستقلًّا؛ فهو كالسعال، عرضٌ له أعراض. إذا لم نكن نعرف مجموعة الأمراض التي تسبب السعال، فلن يكون لدينا أي أساس لفهم «السعال المقاوم للعلاج». وسوف نتوصل إلى جميع أنواع التفسيرات حول سبب كون بعض السعال يقاوم العلاج. ليس لدينا في الوقت الحالي نظام واضح لتصنيف أنواع الاكتئاب المختلفة وآثارها المختلفة. ومن غير المرجح أن يكون لهذا المرض تفسير واحد. وبما أن الاكتئاب يمكن أن ينجم عن مجموعة متنوعة من الأسباب، فإننا بحاجة إلى أطر متعددة لتحليله. هناك شيء غير دقيق بطبيعته في الأنماط الحالية، التي تأخذ قليلًا من أفكار التحليل النفسي وقليلًا من علم الأحياء وبعض الظروف الخارجية وتجمعهم معًا في خليط فوضوي. نحن بحاجة إلى أن نفصل بين الاكتئاب والحزن والشخصية والمرض قبل أن نتمكن من إدراك معنى حقيقي لحالة الاكتئاب.

إن الاستجابة الحيوانية الأساسية هي الإحساس Sensation. تجربة الجوع غير سارة والشعور بالشبع ممتع لجميع الكائنات الحية، ولهذا السبب نبذل الجهد لإطعام أنفسنا. لو لم يكن الجوع إحساسًا غير مقبول، لمُتنا جوعًا. لدينا غرائز تقودنا إلى الطعام، وعندما لا تُشبَع هذه الغرائز -بسبب عدم توفر الطعام، على سبيل المثال- فإننا نتضور جوعًا، وهي حالة سنفعل أي شيء ممكن للتخفيف منها. وتميل الأحاسيس إلى إثارة العواطف؛ فعندما لا أحب الجوع، يكون لدي استجابة عاطفية للإحساس. يبدو أن الحشرات والعديد من اللافقاريات

لديها إحساس واستجابة للإحساس، ومن الصعب تحديد أين تبدأ العاطفة في التسلسل الهرمي للحيوانات. العاطفة ليست سمة حصرية للثدييات العليا؛ ولكنها أيضًا ليست كلمة مناسبة لاستخدامها في وصف سلوك الأميبا. يميل البشر إلى تجسيم المشاعر وإسقاطها على كيانات غير بشرية، مثل الإشارة إلى أن النبات المغمور بالمياه يكون غير سعيد عندما يتدلى أو أن السيارة تكون غاضبة عندما تستمر في التوقف. ليس من السهل التمييز بين مثل هذه التوقعات والعاطفة الحقيقية. هل سرب النحل غاضب؟ هل سباحة سمك السلمون عكس تيار النهر هي قرار ينم عن عزيمة وتصميم؟ كتب عالم الأحياء المرموق تشارلز شيرينجتون في أواخر الأربعينيات، عندما نظر عبر المجهر إلى لدغة برغوث، أن «الفعل، سواء كان منعكسًا أم لا، بدا مشحونًا بأكثر المشاعر عنفًا».[2] ويسلط وصف شيرينجتون الضوء على كيف قد تبدو الأفعال من منظور البشر وكأنها تعكس عواطف معينة.

إذا كانت العاطفة مسألة أكثر تعقيدًا من الإحساس، فإن المزاج فكرة أكثر وأكثر تعقيدًا. يصف عالم الأحياء التطورية، س. أ. م سميث، العاطفة بأنها الطقس (ما إذا كانت السماء تمطر الآن) والمزاج بأنه المناخ (ما إذا كان ذلك الجزء من العالم رطبًا أو ممطرًا بشكل عام). المزاج هو حالة عاطفية مستمرة تصبغ الاستجابات تجاه الإحساس.[3] إنه مكوِّنٌ من عاطفة اكتسبت حياة خاصة بها خارج نطاق مسبباتها المباشرة. يمكن للمرء أن يشعر بالتعاسة بسبب الجوع ويدخل في حالة مزاجية غاضبة التي لن تتحسن بالضرورة عن طريق تناول شيء ما. المزاج موجود في الكائنات الحية كلها. وبشكل عام، كلما كان الكائن أكثر تطورًا، كان المزاج مستقلًّا عن الظروف الخارجية المباشرة. وهذا ينطبق بأكثر قدر على البشر. فحتى أولئك الذين لا يعانون الاكتئاب، يكون مزاجهم مائلًا إليه في بعض الأحيان، عندما يبدو أن الأشياء الصغيرة تُذكِّرنا بالفناء، وعندما نفتقد أولئك الذين رحلوا أو تلك الأوقات التي مضت فجأة وبعمق، وعندما تكون الحقيقة البسيطة المتمثلة في أننا موجودون في عالم زائل تبدو حزينة بشكل لا يُطاق. في بعض الأحيان يشعر الناس بالحزن دون سبب واضح على الإطلاق. وحتى أولئك الذين يعانون الاكتئاب بشكل متكرر، أحيانًا ما يكون مزاجهم مبتهجًا عندما تبدو الشمس مشرقة للغاية وكل شيء لذيذ المذاق والعالم مليء بالاحتمالات الممكنة، وعندما يبدو الماضي مجرد مقدمة صغيرة لروعة الحاضر والمستقبل. يظل السبب وراء ذلك لغزًا كيميائيًّا حيويًّا وتطوريًّا. إن المزايا التطورية للعاطفة أسهل بكثير في رؤيتها من حاجة الكائنات إلى المزاج.

هل الاكتئاب اضطراب، مثل السرطان، أم أنه يمكن أن يكون شيئًا دفاعيًّا، مثل الغثيان؟ يرى أنصار التطور أنه يحدث كثيرًا بحيث يصعب أن يكون مجرد خلل وظيفي بسيط. إذن يبدو على الأرجح أن القدرة على الاكتئاب تستلزم آليات كانت مفيدة في مرحلة ما للإنجاب. ويمكن استخلاص أربعة احتمالات من هذا. كل منها صحيح جزئيًّا على الأقل. الأول هو أن الاكتئاب كانت له وظيفة يؤديها في عصور ما قبل التطور ولم يعد يؤديها. والثاني هو أن

ضغوط الحياة الحديثة لا تتوافق مع الأدمغة التي تطورت عبر تاريخنا، وأن الاكتئاب هو نتيجة قيامنا بما لم نتطور للقيام به. والثالث هو أن الاكتئاب يؤدي وظيفة مفيدة في حد ذاته في المجتمعات البشرية، وأنه في بعض الأحيان يكون من الجيد أن يصاب الناس بالاكتئاب. والأخير هو أن الجينات والبِنى البيولوجية اللاحقة المتورطة في الاكتئاب متورطة أيضًا في سلوكيات أو مشاعر أخرى أكثر فائدة، وأن الاكتئاب هو نتيجة ثانوية لمتغير مفيد في فسيولوجيا الدماغ.

إن فكرة أن الاكتئاب قد أدى في وقت من الأوقات وظيفة مفيدة لم يعد يؤديها -أي أنه أصبح في الواقع بقايا شيء ما- تؤكدها استجاباتنا العاطفية الأثرية العديدة التي لم تعد تؤدي وظيفة مهمة الآن. وكما أشار عالم النفس جاك كان، «ليس لدى الناس خوف طبيعي من المخاطر الحقيقية مثل السيارات ومقابس الإضاءة، ولكنهم يضيعون وقتهم وطاقتهم في الخوف من العناكب والثعابين غير الضارة»[4]، وهي حيوانات كان من المفيد الخوف منها في وقت مختلف وفي مرحلة مختلفة من تطورنا كجنس بشري. باتباع هذا النمط، غالبًا ما يتجمع الاكتئاب حول أمور تبدو غير مهمة على الإطلاق. اقترح أنتوني ستيفنز وجون برايس أن شكلًا ما من أشكال الاكتئاب كان ضروريًّا لتكوين المجتمعات البدائية.[5] وعلى الرغم من أن الكائنات الدنيا وبعض الثدييات العليا، مثل إنسان الغاب، تكون منعزلة[6]، فإن معظم الحيوانات المتقدمة تُشكِّل مجموعات اجتماعية، التي توفر دفاعًا أفضل ضد الحيوانات المفترسة، وإمكانية وصول أفضل إلى الموارد، وفرص إنجابية أكبر، واحتمال الصيد التعاوني. ليس هناك شك في أن الانتقاء الطبيعي قد فضَّل الجماعية. إن الدافع نحو الجماعية قوي للغاية لدى البشر. نحن نعيش في مجتمعات ويعتمد معظمنا بشكل كبير على الشعور بالانتماء؛ فأن تكون محبوبًا هو من أعظم متع الحياة؛ كما أن النبذ -أو الاستبعاد أو التجاهل- هو أحد أسوأ التجارب التي يمكن أن نمر بها.

في أي مجموعة اجتماعية، هناك دائمًا تسلسل هرمي ويوجد قائد في أعلاه، حيث يصبح المجتمع دون قائد فوضويًّا ويتفكك.[7] عادة ما تكون مكانة الأفراد داخل المجموعة عرضة للتغير مع مرور الوقت، وعلى القائد أن يستمر في الدفاع عن مكانته ضد المنافسين إلى أن يُهزَم في النهاية. يعد الاكتئاب أمرًا بالغ الأهمية لحل الصراع حول الهيمنة في مثل هذه المجتمعات. إذا تحدى حيوان ذو رتبة أقل القائد ولم تثبط عزيمته، فسوف يستمر في تحدي القائد ولن يكون هناك سلام ولن تتمكن المجموعة من العمل كمجموعة. أما إذا توقف مثل هذا الحيوان، عند الخسارة، عن المحاولة وانسحب إلى حالة من الاكتئاب إلى حد ما (حالة تتميز بالسلبية أكثر من كونها أزمة وجودية)، فإنه بالتالي يعترف بانتصار الفائز، ويقبل بنية الهيمنة القائمة بحكم الأمر الواقع. هذا الحيوان المستسلم، من خلال استسلامه للسلطة القائمة، يُحرر القائد من عبء قتله أو طرده من المجموعة. لذلك من خلال حدوث الاكتئاب الخفيف إلى المتوسط بشكل مناسب، يمكن تحقيق التناغم الاجتماعي في مجتمع قائم على

التراتبية. إن انتكاس أولئك الذين عانوا الاكتئاب بشكل متكرر قد يشير إلى أن أولئك الذين قاتلوا وخسروا يجب عليهم تجنب القتال مرة أخرى، وبالتالي تقليل الضرر الذي يلحق بهم.[8] قال داعية التطور ج. بيرتشنيل إن مراكز الدماغ تراقب باستمرار وضع الفرد بالنسبة إلى الآخرين، وإننا جميعًا نعمل وفقًا لمفاهيم داخلية تتعلق بالرتبة.[9] وبالتالي ستحدد نتيجة القتال كيفية تصنيف معظم الحيوانات لأنفسها؛ ويمكن أن يكون الاكتئاب مفيدًا في منع مثل هذه الحيوانات من محاولة تغيير رتبتها عندما لا تكون لديها فرصة حقيقية للتحسن. وفي كثير من الأحيان، حتى لو لم ينخرط الناس في محاولات تحسين الوضع الاجتماعي، فإنهم يتعرضون لانتقادات الآخرين وهجومهم، ويأخذهم الاكتئاب بعيدًا عن المنطقة التي يتعرضون فيها لمثل هذه الانتقادات؛ إنهم ينعزلون حتى لا يتعرضوا للأذى (يبدو لي أن هذا حل مبالغ فيه لمشكلة بسيطة نسبيًّا). يُربَط بعد ذلك عنصر القلق في الاكتئاب بالخوف من التعرض لمثل هذا الهجوم العنيف الذي يؤدي إلى استبعادك من المجموعة، وهو تطور كان من الممكن أن يكون له عواقب وخيمة في المجتمعات الحيوانية وفي أوقات الصيد وجمع الثمار.

هذه الحجة الخاصة بالبِنى التطورية للاكتئاب ليست ذات صلة كبيرة بالاكتئاب كما نمر به الآن في المجتمعات التي لديها أعداد هائلة من مبادئ الهيكلة الخارجية. في المجتمعات الحيوانية، تتحدَّد بنية المجموعة من خلال القوة البدنية التي يُعبَّر عنها من خلال المعارك التي ينتصر فيها أحد الطرفين على الآخر عن طريق إخضاعه أو هزيمته. لقد بحث راسل جاردنر، الذي كان لسنوات عديدة رئيس جمعية المقارنات بين الأنواع وعلم الأمراض النفسية (ASCAP)، في كيفية ارتباط الاكتئاب البشري بالنماذج الحيوانية. وهو يقترح أن النجاح عند البشر لا يعتمد على التقليل من شأن الآخرين أو هزيمتهم بقدر ما يعتمد على قيام المرء بالأشياء بنفسه. إذ لا ينجح الناس فقط من خلال أنهم يمنعون أي شخص آخر من تحقيق النجاح؛ بل ينجحون بسبب إنجازاتهم الخاصة. وهذا لا يعني أن المرء متحرر تمامًا من المنافسة ومن إلحاق الأذى بالآخرين، لكن المنافسة التي تميز معظم الأنظمة الاجتماعية البشرية هي بنَّاءة أكثر من كونها مدمرة. في المجتمعات الحيوانية، الفكرة الأساسية للنجاح هي «أنا أقوى منك»، بينما في المجتمعات البشرية تكون الفكرة الأساسية للنجاح هي «أنا بارع بشكل باهر».

يقترح جاردنر أنه في حين أن القوة الفعلية القابلة للاختبار تحدد النظام الاجتماعي الحيواني، وبالتالي يظهر لدى أولئك الضعفاء ما يُشبه الاكتئاب، ففي المجتمعات البشرية، يحدد الرأي العام النظام الاجتماعي. لذا، فبينما قد يبدو قرد البابون مكتئبًا لأن كل واحد من قرود البابون الأخرى يمكنه ضربه (أو ضربه بالفعل)، فقد يصبح الإنسان مكتئبًا لأن لا أحد يحترمه أو يقدِّره. إن فرضية الرتبة الأساسية تلك تدعمها التجربة المعاصرة، فالأشخاص الذين يفقدون رتبتهم يصابون بالاكتئاب، وهذا يمكن أن يجعلهم في بعض الأحيان أكثر قبولًا للرتبة الأدنى في المجتمع. ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أنه حتى أولئك الذين يرفضون قبول

الرتب الأدنى لا يُطرَدون أو يُنبَذون عادة من المجتمعات المعاصرة، بل إن بعضهم يصبح بالفعل ثوريًّا يحظى بالاحترام.[10]

الاكتئاب هو ابن عم مضطرب للسُّبات، فهو صمت وعزلة، وموفِّر للطاقة، ويُحدِث تباطؤًا في جميع الأنظمة؛ وهو ما يبدو أنه يدعم فكرة أن الاكتئاب هو مجرد بقايا لشيء قديم. إن حقيقة أن الأشخاص المكتئبين يتوقون إلى فراشهم ولا يريدون مغادرة المنزل يستحضر حالة السبات؛ فلا ينبغي للحيوان أن يدخل في حالة سبات في وسط الحقل، بل في أمان نسبي في عرينه المريح. ووفقًا لإحدى الفرضيات، فإن الاكتئاب هو شكل طبيعي من أشكال الانسحاب الذي يجب أن يحدث في سياق آمن. يقول توماس وير، أحد باحثي النوم في المعهد الوطني للصحة النفسية: «ربما يكون الاكتئاب مرتبطًا بالنوم، لأنه يرتبط بالفعل بالمكان الذي يحدث فيه النوم، وبالوجود في المنزل».[11] قد يكون الاكتئاب مصحوبًا أيضًا بتغير مستويات البرولاكتين، وهو الهرمون الذي يجعل الطيور تجلس لأسابيع متواصلة على بيضها. وهذا أيضًا شكل من أشكال العزلة والهدوء. وعن حالة الاكتئاب الأكثر اعتدالًا، يقول وير: «إن أفراد الكائنات الحية الذين كانوا يشعرون بالخوف والقلق بحيث لم يستطيعوا التعامل مع الحشود، ولم يذهبوا إلى الأماكن المرتفعة، ولم يدخلوا الأنفاق، وانعزلوا، وابتعدوا عن الغرباء، وعادوا إلى منازلهم عندما شعروا بالخطر، عاشوا على الأرجح لفترة طويلة وأنجبوا الكثير من الأطفال».

من المهم أن نأخذ في الاعتبار تفرد الهدف المفترض للتطور. فالانتقاء الطبيعي لا يمحو الاضطرابات أو يتجه نحو الكمال. الانتقاء الطبيعي يفضل التعبير عن جينات معينة على جينات أخرى. وتتطور أدمغتنا بسرعة أقل من أسلوب حياتنا. يطلق ماكجواير وترويزي على هذا اسم «فرضية تأخر الجينوم».[12] ليس هناك شك في أن الحياة الحديثة تحمل أعباءً لا تتوافق مع الأدمغة التي طورناها. ومن ثم، قد يكون الاكتئاب نتيجة لقيامنا بما لم نتطور من أجل القيام به. يقول راندولف نيسي، الرائد في علم النفس التطوري: «أعتقد أنه في الكائنات المصممة للعيش في مجموعات مكونة من خمسين إلى سبعين فردًا، فإن العيش في مجموعة مكونة من عدة مليارات هو أمر صعب على الجميع. لكن من يعلم؟ ربما يكون السبب هو النظام الغذائي، وربما معدلات ممارسة الرياضة، وربما التغيرات في بنية الأسرة، وربما التغيرات في أنماط التزاوج وممارسة الجنس، وربما النوم، وربما الاضطرار إلى مواجهة الموت نفسه كفكرة واعية، وربما لا شيء من هذا على الإطلاق». ويضيف جيمس بالينجر من جامعة كارولاينا الجنوبية الطبية: «إن محفزات القلق لم تكن موجودة في الماضي. إذ كان يبقى المرء على مسافة قريبة من المنزل، ويمكن لمعظم الناس أن يتعلموا كيفية التعامل مع مكان واحد. لكن المجتمع الحديث مثير للقلق». لقد اخترع التطور نموذجًا تكون فيه استجابة معينة مفيدة في ظروف معينة؛ وتثير الحياة الحديثة تلك الاستجابة، تلك المجموعة من الأعراض، في ظل العديد من الظروف التي لا تكون فيها مفيدة. تميل معدلات الاكتئاب إلى

الانخفاض في مجتمعات الصيد وجمع الثمار أو المجتمعات الزراعية البحتة؛ وتكون أعلى في المجتمعات الصناعية؛ وبأعلى قدر في المجتمعات التي تمر بمرحلة انتقالية. وهذا يدعم فرضية ماكجواير وترويسي. هناك آلاف الصعوبات في المجتمعات الحديثة التي لم تضطر المجتمعات التقليدية إلى أن تواجهها، والتكيف معها دون توفر الوقت لتعلم استراتيجيات المواجهة يكاد يكون مستحيلًا. ومن بين هذه الصعوبات، ربما يكون الضغط النفسي أو التوتر المزمن هو الأسوأ. في البرية، تميل الحيوانات إلى مواجهة موقف فظيع مؤقت ثم حله بالبقاء على قيد الحياة أو الموت. ولا يوجد ضغط أو توتر مزمن باستثناء الجوع المستمر. لا تقوم الحيوانات البرية بوظائف تندم عليها بعد ذلك؛ ولا تجبر أنفسها على التفاعل بهدوء، ولا تخوض معارك حول حضانة الأطفال.

ولعل المصدر الرئيسي للمستوى المرتفع للغاية من الضغط والتوتر في مجتمعنا ليس هذه الآلام الواضحة، بل الحرية المقدمة لنا في شكل عدد هائل من الاختيارات غير المدروسة.[13] جادل عالم النفس الهولندي جان هندريك فان دن بيرج، الذي نشر كتابه «الطبيعة المتغيرة للإنسان» عام 1961، بأن المجتمعات المختلفة لديها أنظمة مختلفة للتحفيز وأن كل عصر يتطلب نظرية جديدة؛ لذا فإن ما كتبه فرويد ربما كان صحيحًا بالنسبة إلى البشر في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين في فيينا ولندن. ولكن لم يعد هذا صحيحًا بالضرورة بالنسبة إلى البشر في منتصف القرن العشرين، ولم يكن صحيحًا تمامًا بالنسبة إلى الناس في بكين. يقترح فان دن بيرج أنه لا يوجد شيء اسمه الاختيار المستنير لأسلوب الحياة في الثقافة الحديثة. ويتحدث عن كيف أصبحت المهن والوظائف مخفية عن الأنظار، وكيف أدى تنوعها المستمر إلى مجموعة من الاحتمالات التي تفوق الفهم. ففي مجتمعات ما قبل الصناعة، كان بإمكان الطفل أن يمشي في قريته ويرى الكبار وهم يعملون. وكان يميل إلى اختيار وظيفته (حيثما كان الاختيار فعالًا على الإطلاق) على أساس فهم شامل إلى حد ما لما ينطوي عليه كل خيار من الخيارات المتاحة؛ أي ما يعنيه أن يكون حدادًا، أو نجارًا، أو خبازًا. وربما كانت تفاصيل حياة الكاهن غير واضحة، لكن طريقة حياة الكاهن كانت واضحة تمامًا. لكن هذا ببساطة لا يحدث في مجتمع ما بعد الصناعة. قِلة من الناس فهموا منذ الطفولة ما الذي يفعله على وجه التحديد مدير صندوق التحوط أو مدير الرعاية الصحية أو الأستاذ المساعد، أو كيف يبدو الأمر بالنسبة إلى كلٍّ منهم عند فعل ذلك.

كان العالم الشخصي للفرد يظل هو نفسه. حتى القرن التاسع عشر، كانت الخيارات الاجتماعية المتاحة للفرد محدودة. وباستثناء عدد قليل من المغامرين والزنادقة، نشأ الناس وماتوا في المكان نفسه، وكانوا عالقين في هياكل طبقية صارمة. لم يكن أمام المزارع البسيط في شروبشاير سوى خيارات قليلة بشأن من سيتزوج؛ إذ يختار من بين النساء في العمر المناسب والطبقة المناسبة في منطقته. ربما كان الشخص الذي أحبه حقًا غير متاح، وكان عليه أن يرضى بشخص آخر، لكنه على الأقل راجع الخيارات، وعرف ما كان يمكن أن

يفعله، وعرف ما يفعله الآن. احتل أفراد الطبقات العليا عالمًا كان أقل تقييدًا جغرافيًّا إلى حد ما ولكنه كان صغيرًا عدديًّا. لقد كانوا يميلون أيضًا إلى معرفة جميع الأشخاص الذين قد تتاح لهم الفرصة للزواج بهم، ويكونون على دراية بالنطاق الكامل للخيارات المتاحة لهم. هذا لا يعني أن الزيجات بين الطبقات المختلفة لم تحدث، أو أن الناس لم ينتقلوا من مكان إلى آخر، لكن مثل هذه الأمور كانت نادرة وتعكس رفضًا واعيًا للتقاليد. إن المجتمعات شديدة التنظيم التي تقدم فرصًا محدودة قد تولد لدى الفرد قبولًا لمصيره في الحياة، على الأقل في نسبة كبيرة نسبيًّا من السكان؛ على الرغم من أن القبول الكامل لوضع الفرد الذي يتحقق من خلال الاستبطان أمر نادر في أي مجتمع في أي وقت. ومع تطور وسائل النقل الأفضل، ونمو المدن، وظهور الحراك الطبقي، تضخم نطاق الشركاء المحتملين فجأة إلى أبعاد لا تُقاس. إن الأشخاص الذين كان بوسعهم في منتصف القرن الثامن عشر أن يقولوا إنهم راجعوا جميع الأعضاء المتاحين من الجنس الآخر واختاروا أجملهم، اضطروا في الآونة الأخيرة إلى قبول فكرة أنهم اختاروا أفضل أولئك الذين عرفوهم حتى الآن. سيلتقي معظمنا آلاف الأشخاص الآخرين في حياتنا. لذا فإن فقدان الثقة الأساسية -الشعور بأن المرء يعرف ما إذا كان قد اختار المهنة الصحيحة والشعور بأنه يعرف ما إذا كان قد اختار الشريك المناسب أم لا- جعلنا نشعر بعدم الرضا. لا يمكننا أن نقبل أننا ببساطة لا نعرف ماذا نفعل؛ فنحن نتمسك بفكرة أنه ينبغي للمرء أن يتخذ خياراته على أساس المعرفة.

وبمصطلحات سياسية، فإن الحرية غالبًا ما تكون عبئًا مرهقًا، ولهذا السبب غالبًا ما يؤدي التحرر من الدكتاتورية إلى الاكتئاب. بمصطلحات شخصية، فإن العبودية والحرية المفرطة هما واقعان قمعيان، وبينما يصاب جزء من العالم بالشلل بسبب اليأس الناجم عن الفقر الذي لا مفر منه، فإن الدول الأكثر تقدمًا مشلولة بسبب حركة سكانها ذاتها، والسمة البغيضة للقرن الحادي والعشرين المتمثلة في اقتلاع الجذور باستمرار وإعادة التوطين لاستيعاب الوظائف والعلاقات وحتى الأهواء. يروي أحد الكتاب الذي تناول هذه المشكلة قصة صبي انتقلت عائلته خمس مرات في فترة قصيرة، فشنق نفسه على شجرة بلوط في الفناء الخلفي، وترك ملاحظة مثبتة على الشجرة تقول: «هذا هو الشيء الوحيد هنا الذي له أي جذور».[14] إن الشعور بالاضطراب الدائم ينطبق على المدير التنفيذي الذي يزور ثلاثين دولة في العام، وساكن المدينة من الطبقة المتوسطة الذي يُعاد تعريف وظيفته باستمرار مع شراء شركته مرارًا وتكرارًا، الذي لا يعرف لصالح مَن سيعمل العام القادم، كما ينطبق على الشخص الذي يعيش بمفرده ويواجه عمالًا مختلفين في كل مرة يذهب فيها لشراء البقالة. في عام 1957، كان لدى أي سوبر ماركت أمريكي في المتوسط خمسة وستون صنفًا في قسم المنتجات، وكان المتسوقون يعرفون جميع الفواكه والخضراوات الموجودة. بينما في عام 1997، أصبح هناك أكثر من ثلاثمائة منتج في أي سوبر ماركت، ويصل الرقم إلى ألف في بعض الأحيان.[15] يعيش المرء الآن في عالم من عدم اليقين حتى عندما يختار عشاءه. وهذا النوع من

تصعيد الاختيارات ليس مناسبًا؛ إنه أمر مربك. وعندما توجد اختيارات مماثلة في كل مجال -أين تعيش، وماذا تفعل، وماذا تشتري، ومن تتزوج- فإن النتيجة تتلخص في شعور جماعي بعدم الارتياح، وهو الشعور الذي يفسر الكثير -في اعتقادي- بشأن ارتفاع معدلات الاكتئاب في العالم الصناعي.

علاوة على ذلك، فإننا نعيش في عصر التقنيات الباهرة والمحيرة، وليس لدينا فهم ملموس لكيفية عمل معظم الأشياء من حولنا. كيف يعمل الميكروويف؟ ما هي شريحة السيليكون؟ كيف يمكنك هندسة الذُّرة وراثيًّا؟ كيف ينتقل صوتي عندما أستخدم هاتفًا خلويًّا بدلًا من الهاتف العادي؟ هل الأموال التي تخصمها ماكينة بنكية في الكويت من حسابي في نيويورك هي أموال حقيقية؟ يمكن للمرء أن يبحث في أي من هذه الأسئلة، ولكن معرفة إجابات جميع الأسئلة العلمية الصغيرة في حياتنا هي مهمة هائلة. حتى بالنسبة إلى شخص يفهم كيفية عمل محرك السيارة ومن أين تأتي الكهرباء، أصبحت الآليات الفعلية للحياة اليومية غامضة بشكل متزايد.

هناك العديد من الضغوط التي تواجهنا التي لسنا مستعدين لها. من المؤكد أن انهيار الأسرة هو أحدها، وكذلك ظهور نمط الحياة المنعزل، وكذلك فقدان الاتصال، وأحيانًا العلاقة الحميمة، بين الأمهات العاملات وأطفالهن، وكذلك عيش حياة عملية لا تتطلب أي حركة جسدية أو ممارسة التمارين الرياضية، وكذلك العيش في الضوء الاصطناعي، وكذلك فقدان فاعلية المنظومات الدينية، وكذلك انفجار المعلومات في عصرنا. ويمكن أن تطول القائمة إلى أجل غير مسمى. فكيف يمكن لأدمغتنا أن تكون مستعدة لمعالجة وتحمل كل هذا؟ لماذا لا يكون ذلك ضغطًا هائلًا عليها؟

لقد أيد العديد من العلماء فكرة أن الاكتئاب يؤدي وظيفة مفيدة في مجتمعنا كما هو اليوم. قد يرغب أنصار التطور في الاعتقاد بأن وجود الاكتئاب يشجع على تكاثر جينات معينة، ولكن إذا نظرنا إلى معدلات تكاثر مرضى الاكتئاب، سنجد أن الاكتئاب في الواقع يقلل من التكاثر. إن الاكتئاب، مثل الألم الجسدي، يهدف إلى تحذيرنا من بعض الأنشطة أو السلوكيات الخطيرة عن طريق جعلها مزعجة للغاية بحيث لا يمكن تحملها، لذا فإن القدرة على الاكتئاب مفيدة بشكل واضح. اقترح بول ج. واتسون وبول أندروز، وهما طبيبان نفسيان مهتمان بالتطور، أن الاكتئاب هو في الواقع وسيلة للتواصل وصاغا سيناريوهات تطورية وفقًا لها يعتبر الاكتئاب مرضًا اجتماعيًّا، أي مرض موجود لأن لديه دورًا اجتماعيًّا.[16] فالاكتئاب الخفيف، من وجهة نظرهم، يسبب تأملًا شديدًا وفحصًا ذاتيًّا، الذي على أساسه من الممكن اتخاذ قرارات معقدة حول كيفية إحداث تغييرات في حياة الفرد بحيث تناسب شخصيته بشكل أفضل. يمكن أن يبقى هذا النوع من الاكتئاب سرًّا، وغالبًا ما يكون سرًّا، وتكون وظيفته خاصة. وغالبًا ما يكون القلق -الضيق قبل وقوع حدث ما- أحد مكونات الاكتئاب ويمكن أن يكون مفيدًا في منع المشكلات. ويمكن للاكتئاب الخفيف -الحالة المزاجية السلبية التي اتخذت حياة منفصلة عن

الظروف المسببة لها- أن يحفز على العودة إلى ما استُغني عنه بحماقة، ولم تُقدَّر قيمته إلا بعد خسارته، ويمكن أن يجعل المرء يندم على الأخطاء الحقيقية، وبالتالي يتجنب ارتكابها مرة أخرى.[17] غالبًا ما تتبع قرارات الحياة القاعدة القديمة للاستثمارات؛ فالقرارات عالية المخاطر قد تجلب مكافآت كبيرة، ولكن بتكلفة قد تكون مرتفعة للغاية بالنسبة إلى أغلب الناس. إن الموقف الذي لا يستطيع فيه الشخص فك الارتباط عن هدف ميؤوس منه حقًّا، يمكن حله من خلال الاكتئاب، مما يفرض فك الارتباط. لذا فالأشخاص الذين يسعون لتحقيق أهدافهم بمثابرة مفرطة ولا يستطيعون التخلي عن الأهداف التي يكون من الواضح أنها غير حكيمة معرضون بشكل خاص للاكتئاب. يقول راندولف نيسي: «إنهم يحاولون القيام بشيء لن ينجح، لكنهم لا يستطيعون الاستسلام لأنهم يركزون كل عاطفتهم على هذا الهدف». لذا فالمزاج الاكتئابي أو السلبي يعمل على الحد من المثابرة المفرطة.

من المؤكد أن الاكتئاب يمكن أن يمنع السلوكيات التي لها آثار سلبية قد نتسامح معها. على سبيل المثال، المستويات المفرطة من التوتر والضغط تسبب الاكتئاب، وبالتالي قد يدفعنا الاكتئاب إلى تجنب التوتر. وقلة النوم قد تؤدي إلى الاكتئاب، وبالتالي يمكن للاكتئاب أن يدفعنا إلى مزيد من النوم. لذا فمن بين الوظائف الأساسية للاكتئاب تغيير السلوكيات غير المنتجة. غالبًا ما يكون الاكتئاب علامة على استثمار الموارد بشكل سيئ والحاجة إلى إعادة استغلالها بشكلٍ مثمر. والأمثلة العملية على ذلك كثيرة في الحياة الحديثة. سمعت عن امرأة كانت تحاول شق طريقها في العالم كعازفة كمان محترفة، على الرغم من تثبيط معلميها وزملائها، وكانت تعاني اكتئابًا حادًّا لم يستجِب إلا بشكل ضئيل للأدوية وغيرها من العلاجات. وعندما تخلت عن الموسيقى وحوَّلت طاقاتها إلى المجال الذي يناسب قدراتها بشكل أفضل، اختفى اكتئابها. لذا يمكن للاكتئاب أن يكون حافزًا، على الرغم من أنه يبدو مُعيقًا ومثبطًا.[18]

وقد يثير الاكتئاب الأكثر خطورة انتباه ودعم الآخرين. يشير واتسون وأندروز أن التظاهر باحتياج المرء إلى المساعدة من الآخرين لا يضمن بالضرورة الحصول على تلك المساعدة؛ فالآخرون أذكياء للغاية بحيث لا يمكن خداعهم بالاحتياج الزائف. بالتالي فالاكتئاب آلية مريحة لأنه يوفر الحقيقة المُقنعة؛ فإذا كنت مكتئبًا، فأنت حقًّا عاجز، وإذا كنت عاجزًا حقًّا، فقد تتمكن من الحصول على المساعدة من الآخرين. يعد الاكتئاب شكلًا مكلفًا من أشكال التواصل، ولكنه أكثر إلحاحًا لأنه مكلف للغاية. إن الرعب الصادق هو الذي يحفز الآخرين، كما يقول واتسون وأندروز؛ إذ إن الخلل الوظيفي الناجم عن بداية الاكتئاب قد يؤدي وظيفة مفيدة لأنه «أداة لإثارة الإيثار». وقد يُقنع أيضًا أولئك المسؤولين عن التسبب في الصعوبات التي تواجهها بتركك وشأنك.[19]

لقد أدى اكتئابي إلى ظهور جميع أنواع سلوكيات المساعدة من عائلتي وأصدقائي. لقد حظيت بمستوى من الاهتمام أعلى بكثير مما كنت أتوقعه، واتخذ من حولي إجراءات لتخفيف أعباء مالية وعاطفية وسلوكية عن كاهلي. لقد تحررت من جميع أنواع الالتزامات

تجاه أصدقائي لأنني ببساطة كنت مريضًا جدًّا بحيث لا أستطيع تحملها. وتوقفت عن العمل؛ إذ لم يكن لدي أي خيار حيال ذلك. حتى إنني استخدمت مرضي للحصول على إذن لتأخير دفع فواتيري، واضطر العديد من الأشخاص المزعجين إلى التوقف عن مضايقتي. بل وخلال نوبة الاكتئاب الثالثة التي تعرضت لها، طلبت فترة إضافية من الناشر للانتهاء من هذا الكتاب، موضحًا بكل يقين أنني نظرًا لحالتي الهشة، لن أتمكن من الاستمرار في العمل كالمعتاد، وأنني أحتاج إلى بعض الاستثناء لحالتي.

يرى عالم النفس التطوري إدوارد هاجن أن الاكتئاب هو لعبة تتعلق بالنفوذ والسيطرة[20]؛ فهو يتضمن سحب الفرد خدماته من الآخرين حتى تُلبَّى احتياجاته. لكنني أختلف مع ذلك. يفرض المكتئبون الكثير من المطالب على الأشخاص من حولهم، ولكن إذا لم يكونوا مكتئبين، فلن يحتاجوا إلى فرض كل هذه المطالب. كما أن فرص تلبية هذه المطالب بالكامل تكون ضئيلة نسبيًّا. يمكن أن يكون الاكتئاب ابتزازًا مفيدًا، ولكنه بشكل عام غير سار بالنسبة إلى المبتز وغير متسق في نتائجه بحيث لا يمكن أن يكون وسيلة مختارة جيدًا لتحقيق أهداف محددة. وعلى الرغم من أنه قد يكون من الجيد أن تحصل على الدعم عندما تشعر بالاكتئاب، وأنه يمكن أن يساعد بالفعل في بناء حب عميق لا يمكن تصور حدوثه بطريقة أخرى، فإنه من الأفضل ألا تشعر بالفزع وألا تحتاج إلى الكثير من الدعم. أعتقد أن الحالة المزاجية المنخفضة تؤدي وظيفة الألم الجسدي من حيث أنها تجعل المرء يتجنب سلوكيات معينة بسبب عواقبها البغيضة، لكن الفكرة الرائجة القائلة بأن الاكتئاب وسيلة لتحقيق أهداف اجتماعية لا معنى لها بالنسبة لي. إذا كان الاكتئاب الشديد هو استراتيجية الطبيعة لجعل الكائنات المستقلة تطلب المساعدة، فهي استراتيجية محفوفة بالمخاطر في أحسن الأحوال. والحقيقة هي أن معظم الناس يشعرون بالفزع من الاكتئاب. وعلى الرغم من أن البعض يستجيبون لاكتئاب الآخرين بمزيد من التعاطف والإيثار، فإن الأكثر يستجيبون بالنبذ والابتعاد. ليس من غير المألوف أن تكتشف في فترة الاكتئاب أن الأشخاص الذين كنت تعتقد أنهم داعمون ومخلصون هم في الواقع ليسوا ذلك، وهي معلومة قيمة ربما كنت تفضِّل عدم معرفتها.[21] لقد مكَّنتني نوباتي الاكتئابية من التمييز بين الغث والسمين في صداقاتي، ولكن بأي ثمن باهظ؟ وهل ينبغي التخلي عن العلاقات الأخرى التي تسعدني لمجرد أنها لم تكن داعمة في وقت عصيب؟ أي نوع من الأصدقاء يجب أن أكون لمثل هؤلاء الناس؟ ما مقدار الصداقة التي تتعلق بكونك داعمًا على أي حال؟ كيف يرتبط كونك داعمًا في الأزمات بكونك طيبًا أو كريمًا أو لطيفًا؟

* * *

إن فكرة أن الاكتئاب هو خلل في الآليات التي تؤدي أيضًا وظائف مفيدة ربما تكون الأكثر إقناعًا من بين جميع النظريات التطورية. ينبع الاكتئاب في أغلب الأحيان من الحزن ويمثل شكلًا شاذًّا منه. ليس من الممكن فهم الكآبة بمعزل عن الحزن؛ فالنمط الأساسي للاكتئاب

موجود في الحزن. قد يكون الاكتئاب آلية مفيدة تضل طريقها. نحن لدينا مجموعة من معدلات ضربات القلب المختلفة التي تسمح لنا بالعمل في ظروف ومناخات مختلفة. والاكتئاب الحقيقي، مثل القلب الذي لا يضخ الدم إلى أصابع اليدين والقدمين، هو حالة متطرفة لا توجد فيها أي ميزة متأصلة.

للحزن أهمية كبيرة في التجربة الإنسانية. أعتقد أن دوره الأساسي يكمن في إنشاء الروابط العاطفية. ودون التعرض للخسارة الكافية لغرس الخوف منها، فإن قدرتنا على الحب الشديد سوف تتضاءل. إن الحب، في جوهره، يشمل كلًّا من الفرح والحزن، مما يضيف عمقًا وثراءً إلى الطيف العاطفي البشري. إن رغبة المرء في عدم إيذاء مَن يحبهم -بل في الواقع ومساعدتهم- تؤدي أيضًا إلى الحفاظ على جنسنا. يبقينا الحب على قيد الحياة عندما ندرك صعوبات العالم. لو كنا نتملك وعيًا بذواتنا ونفتقر للقدرة على الحب، لما تحملنا طويلًا صعوبات الحياة. لم يسبق لي أن رأيت دراسة محكمة في هذا الشأن، لكنني أعتقد أن الأشخاص الذين يتمتعون بقدرة أكبر على الحب هم أكثر ميلًا للتمسك بالحياة، من أولئك الذين لا يملكونها؛ وهم أيضًا أكثر عرضة لأن يكونوا محبوبين، وهذا أيضًا يبقيهم على قيد الحياة. تقول كاي جاميسون: «قد يرى الكثير من الناس الجنة كمكان توجد فيه تجارب عميقة ومتنوعة بلا حدود، وليس مكانًا خاليًا من المتاعب. قد ترغب في التخلص من بعض الصعوبات الشديدة، ولكن ليس إزالة نصف طيف العاطفة البشرية. هناك خط رفيع جدًّا بين القول بأنك تريد أن يعاني الناس والقول بأنك لا تريد أن يُحرَم الناس من نطاق كبير من العاطفة». أن تحب هو أن تكون ضعيفًا؛ ورفض أو نبذ الضعف هو رفض الحب.

والأهم من ذلك، أن الحب يمنعنا من التخلي بسهولة عن روابطنا العاطفية. إذا تركنا الأشخاص الذين نهتم بهم، فمن المفترض أن يجعلنا ذلك نشعر بالحزن حقًّا. لذا ربما يكون التفكير في الحزن الذي قد نشعر به في المستقبل أمرًا مهمًّا لإنشاء روابط عاطفية قوية مع الآخرين. إن التفكير في الخسارة هو الذي يجعل المرء يتمسك بما لديه. إذا لم يكن هناك يأس بعد فقدان شخص ما، فإن المرء سيظل ينفق وقتًا وطاقة عاطفية على هذا الشخص ما دام القيام بذلك ممتعًا، ولكن إذا توقفت المتعة سينتهي كل ذلك. يقول نيسي: «يُعتقد عمومًا أن النظرية التطورية هي وجهة نظر ضيقة ومتشائمة. إذ يفسر علماء الأحياء التطورية كل تعقيدات السلوك الأخلاقي كما لو كان مجرد نظام لتحقيق المنفعة الأنانية لجينات الفرد. وبطبيعة الحال، فإن الكثير من سلوكيات المرء تهدف بشكل واضح إلى هذا الغرض. ولكن في كثير من الأحيان لا تنطبق هذه المعايير على تصرفات المرء». يركز نيسي على الالتزام في بحثه العلمي. «لا تستطيع الحيوانات تقديم وعود مشروطة معقدة بشأن المستقبل لبعضها بعضًا. لا يمكنها المساومة والقول «إذا كنت ستفعل هذا من أجلي في المستقبل، فسوف أفعل هذا من أجلك»». الالتزام هو وعد في الوقت الحاضر بفعل شيء ما في المستقبل قد لا يكون

في مصلحتك في ذلك الوقت. ويعيش معظمنا بموجب هذه الالتزامات. وقد رأى هوبز هذا. لقد أدرك أن قدرتنا على مثل هذه الالتزامات هي ما يجعلنا بشرًا».

إن القدرة على تقديم الالتزامات هي ميزة تطورية لجينات الفرد؛ فهي أساس الوحدة الأسرية المستقرة التي توفر البيئة المثالية للصغار. ولكن بمجرد أن نمتلك تلك القدرة، التي تؤدي وظيفة تطورية، يمكننا استخدامها بأي طريقة نختارها؛ وفي هذه الاختيارات تكمن البوصلة الأخلاقية للحيوان البشري. يقول نيسي: «إن مفاهيم الناس الاختزالية عن العلم جعلتنا نرى العلاقات في الغالب على أنها تلاعب متبادل واستغلال متبادل، ولكن في الواقع، غالبًا ما تمتد مشاعر الحب والكراهية إلى ما هو غير عملي. إنهما لا يتناسبان مع نظامنا العقلاني على الإطلاق. قد تؤدي القدرة على الحب وظيفة تطورية، لكن كيفية تصرفنا في مواجهة الحب هي عملية خاصة بنا. تدفعنا الأنا العليا إلى القيام بأشياء تعود بالنفع على الآخرين على حساب متعتنا». إنها تدعونا إلى عالم البدائل الأخلاقية، عالم يفقد معناه إذا حاولنا القضاء على الحزن وابن عمه الأكثر اعتدالًا، الندم.

تولد بعض الحشرات من أكياس البيض المهملة مع وجود إمدادات غذائية سليمة تكفيها مدى الحياة؛ تكون هذه الحشرات بحاجة إلى الدافع الجنسي، ولكن ليس الحب. ومن ناحية أخرى، حتى في عالم الزواحف والطيور، هناك علامات مبكرة للارتباط والتعلق. ومن الواضح أن غريزة الجلوس على بيضة وإبقائها دافئة -على النقيض من وضع بيضة ثم تركها لتبرد، أو تُسحَق، أو لتلتهمها الحيوانات المارة - تعمل على تعزيز الإنجاب. في معظم كائنات ما بعد الزواحف، فإن الأمهات اللاتي يطعمن صغارهن، كما تفعل الطيور، يكون لديهن عدد أكبر من الصغار الذين يبقون على قيد الحياة، وهذا يعزز نجاحهن في إنتاج ذرية ستنمو لتصبح طيورًا كبيرة وتتناسل. إن العاطفة الأولى هي نسخة مما نسميه الحب بين الأم وصغارها. يبدو من المرجح أن الحب ظهر بين الثدييات الأولى وأنه حفز هذه المخلوقات على رعاية الصغار العاجزين والمولودين دون شيء يحميهم -كقشر البيض- في عالم مليء بالتهديد. فالأم التي ترتبط بقوة بصغارها، وتحميهم من الكائنات الأخرى وترعاهم وتطعمهم، لديها فرصة أكبر بكثير في نقل مادتها الوراثية من الأم التي تترك صغارها لتهجم عليهم الحيوانات المفترسة وتلتهمهم. إن نسل الأمهات الحاميات لديه فرصة أكبر بكثير للوصول إلى مرحلة النضج مقارنة بنسل الأمهات غير المباليات. لذا فإن الانتقاء التطوري سيكون في صالح الأم التي تغمر أبناءها بالحب.

تؤدي المشاعر الأخرى المختلفة وظائف محددة مختلفة. فالذكر الذي يحمل الغضب والكراهية سوف يتنافس بشكل أكثر فاعلية ضد الذكور الآخرين على سبيل المثال؛ إذ سيحاول قتلهم وبالتالي ينقل جيناته من خلال الإنجاب. وسيكون للذكر الذي يحمي شريكته ميزة أيضًا؛ فالذكر الذي يبعد الذكور الآخرين عن شريكته سيحافظ على فرص نقل جيناته في كل مرة تصبح فيها الأنثى خصبة. إن أفضل طريقة لتعزيز المادة الوراثية، بالنسبة إلى الحيوانات

التي تنتج عددًا قليلًا من الصغار، هي الجمع بين أم مُحبة ومنتبهة وأب غيور ويوفر الحماية (أو العكس). تتمتع الحيوانات العاطفية بفرصة جيدة للتكاثر بشكل متكرر. ومن المرجح أن تنتصر الحيوانات التي يعتريها الغضب في الظروف التنافسية. إن الحب -الأيروس، والعشق، والصداقة، والبنوة، والأمومة، وجميع الأشكال الأخرى من تلك العواطف السيئة الاحتواء- يعمل وفقًا لنموذج المكافآت والعقوبات. فنحن نعبر عن الحب لأن الإشباع الناتج عن الحب هائل، ونستمر في التعبير عن الحب ومحاولة حمايته لأن فقدان الحب أمر مؤلم. إذا لم نشعر بالألم عند وفاة من نحبهم، وإذا استمتعنا بالحب ولكننا لم نشعر بأي شيء عندما يُدمَّر الشخص -أو الشيء- الذي نحبه، فسنكون أقل حماية لمن نحب مما نحن عليه إلى حد كبير. فالحزن يجعلنا نحمي الحب؛ أي أننا سوف نعتني بمن نحب لتجنب الألم الذي لا يطاق لأنفسنا.

تبدو هذه الحجة هي الأكثر منطقية بالنسبة لي؛ أي أن الاكتئاب في حد ذاته لا يؤدي سوى القليل من الوظائف المفيدة، لكن هذا النطاق العاطفي ثمين بما يكفي لتبرير كل التطرف الاكتئابي الذي نعرفه.

إن التطور الاجتماعي للاكتئاب والتطور الكيميائي الحيوي له مرتبطان ولكنهما ليسا متماثلين. إن خرائطنا الجينية ليست محددة بشكل كافٍ في هذا الوقت حتى نتمكن من معرفة الوظائف الدقيقة للجينات التي قد تؤدي إلى الاكتئاب، ولكن يبدو أنه مرتبط بالحساسية العاطفية، وهي سمة مفيدة. ومن الممكن أيضًا أن بنية الوعي ذاتها تفتح الطريق للاكتئاب. يعمل أنصار التطور المعاصرون بفكرة الدماغ الثلاثي (أو ثلاثي الطبقات). فالجزء الأعمق من الدماغ، وهو الجزء الزواحفي، الذي يشبه ذلك الموجود في الحيوانات الدنيا، هو مقر الغريزة. والجزء الأوسط، الحوفي، الموجود في الحيوانات الأكثر تقدمًا، هو مقر العاطفة. أما الجزء الأعلى، الموجودة فقط في الثدييات العليا مثل الرئيسيات والبشر، هو الطبقة المعرفية التي تشارك في الإدراك وأشكال التفكير المتقدمة، وكذلك في اللغة. تشمل معظم أفعال الإنسان طبقات الدماغ الثلاث. إن الاكتئاب، في نظر داعية التطور البارز بول ماكلين، هو مسألة بشرية واضحة. إنه نتيجة انفصال المعالجة على هذه المستويات الثلاثة؛ أي أنه النتيجة الحتمية لاستمرار الغريزة والعاطفة والإدراك في وقت واحد في جميع الأوقات.[22] يفشل الدماغ الثلاثي أحيانًا في تنسيق استجابته للشدائد الاجتماعية. من الناحية المثالية، عندما يشعر المرء بالانسحاب الغريزي، يجب عليه الشعور بالسلبية العاطفية وإعادة التكيف المعرفي. إذا كانت هذه الأشياء الثلاثة متزامنة، فقد يعاني المرء انسحابًا طبيعيًّا وغير اكتئابي من النشاط أو الظروف التي تسبب تعطيل الدماغ الغريزي. لكن في بعض الأحيان تحارب المستويات العليا من الدماغ الغريزة. قد يكون لدى المرء، على سبيل المثال، انسحاب على المستوى الغريزي ولكنه يشعر بالنشاط العاطفي والغضب. وهذا يسبب الاكتئاب المهتاج. أو قد يشعر المرء بالانسحاب على المستوى الغريزي ولكنه يتخذ قرارًا واعيًا بالاستمرار في القتال من أجل ما يريده، مما يعرض نفسه لضغوط رهيبة. وهذا النوع من الصراع مألوف لنا جميعًا من الناحية

التجريبية ويبدو أنه يؤدي بالفعل إلى الاكتئاب أو الاضطرابات الأخرى. تتناسب نظرية ماكلين تمامًا مع فكرة أن دماغنا يفعل أكثر مما تطور للقيام به.

لكن تيموثي كرو في جامعة أكسفورد تجاوز مبدأ الدماغ الثلاثي.[23] إن نظرياته مختلفة ويصعب القول إنها تلقى قبولًا واسعًا. لكن سواء كانت صحيحة أم لا، فإنها تنعش العقول التي أرهقتها الادعاءات غير المحتملة أحيانًا التي يقدمها منظرو علم النفس التطوري السائدون. وهو يقترح نموذجًا تطوريًّا لغويًّا يكون فيه الكلام هو أصل الوعي الذاتي، والوعي الذاتي هو أصل المرض النفسي والعقلي. يبدأ كرو برفض أنظمة التصنيف الحديثة ويضع الأمراض النفسية على طيف واحد مستمر. فبالنسبة إليه، الاختلافات بين التعاسة العادية، والاكتئاب، والمرض ثنائي القطب، والفصام، كلها في الواقع اختلافات في الدرجة وليست اختلافات في النوع؛ أي اختلافات في الأبعاد وليست في الفئة. ومن وجهة نظره، فإن جميع الأمراض النفسية-العقلية تنبع من أسباب مشتركة.

يعتقد كرو (بينما يتجادل علماء الفسيولوجيا حول هذا الموضوع) أن دماغ الرئيسيات متماثل، وأن ما يجعل البشر بشرًا -نقطة الانتواع- هو الدماغ غير المتماثل (الذي كما يقترح على أساس بعض الحجج الجينية المعقدة إلى حد ما، نشأ من خلال طفرة في الكروموسوم X عند الذكور). وبينما كان حجم الدماغ يتزايد بالنسبة إلى حجم الجسم -في تطور الرئيسيات ومن ثم الإنسان- فقد سمحت إحدى الطفرات لنصفي الدماغ بالتطور مع قدرٍ من الاستقلال. لذلك، في حين أن الرئيسيات لا تستطيع أن تنظر من جزء من دماغها إلى الجزء الآخر، فإن الإنسان يستطيع ذلك، وقد فتح هذا الباب أمام الوعي الذاتي، ووعي الفرد بذاته باعتبارها ذاتًا. قال عدد من أنصار التطور إن هذا يمكن أن يكون طفرة بسيطة -طفرة تتعلق بعوامل النمو لكل جانب من الدماغ- التي أصبحت على مدار التطور لها دور.

إن عدم تماثل الدماغ هو بدوره أساس اللغة، التي هي تعبير (أو معالجة) الجزء الأيسر من الدماغ لمفاهيم وتصورات الجزء الأيمن.[24] يبدو أن فكرة وجود اللغة في جانبي الدماغ تدعمها الأدلة المستقاة من ضحايا السكتة الدماغية. فالمرضى الذين أصيبوا بسكتات دماغية محدودة في الدماغ الأيسر يمكنهم فهم المفاهيم وإدراك الأشياء، لكنهم لا يستطيعون تسمية أي شيء وليس لديهم إمكانية الوصول إلى اللغة أو الذاكرة اللغوية. وهذه ليست مجرد مسألة أصوات. إذ يمكن للأشخاص الصم الذين يعانون سكتات في النصف الأيسر من الدماغ استخدام الإيماءات العاطفية (كما يفعل جميع البشر والرئيسيات)، لكنهم لا يستطيعون استخدام لغة الإشارة ولا فهم القواعد النحوية العميقة[25] التي نستخدمها جميعًا لتجميع الكلمات في عبارات وتجميع العبارات في فقرات.[26] ومن ناحية أخرى، يحتفظ المرضى الذين يعانون السكتات الدماغية في الجانب الأيمن من الدماغ بقدراتهم الفكرية، لكنهم يفقدون المفاهيم والعواطف المرتبطة عادة بتلك القدرات. إذ لا يمكنهم معالجة الأفكار المجردة، وتضعف قدراتهم العاطفية بشكل كبير.[27]

فما هي البِنى التشريحية التي تجعلنا عرضة لاضطرابات المزاج؟ اقترح كرو أن الاضطرابات الفصامية والعاطفية قد تكون الثمن الذي ندفعه مقابل دماغنا غير المتماثل، وهو التطور العصبي نفسه الذي يعزو إليه التعقيد البشري والإدراك واللغة.[28] ثم يقترح أن جميع الأمراض النفسية هي نتيجة لخلل في التفاعل الطبيعي بين نصفي الدماغ. ويشرح قائلًا: «يمكن أن يكون هناك تواصل أكثر أو أقل من اللازم بينهما. إذا لم يكن ما يفعله نصفا الدماغ متناسقًا، فستكون النتيجة مرضًا نفسيًّا». ويقترح كرو أن عدم التماثل يوفر «زيادة مرونة التفاعل» و«قدرة معززة على التعلم» و«قدرة متصاعدة على التواصل مع أفراد من النوع نفسه». ومع ذلك، فإن هذه التطورات تؤدي إلى إبطاء نضوج الدماغ، الذي يستغرق وقتًا أطول عند البشر مقارنة بالأنواع الأخرى. يبدو أن البشر يحتفظون بمرونة دماغية أكبر عند البلوغ مقارنة بمعظم الأنواع الأخرى؛ إذ لا يمكنك بسهولة تعليم كلب عجوز حيلًا جديدة، لكن يمكن لكبار السن أن يتعلموا أنظمة جديدة كاملة من النشاط الحركي بينما يتكيفون مع الصعوبات أو الإعاقات اللاحقة في الحياة.

تتيح لنا مرونتنا الوصول إلى رؤى جديدة ومفاهيم جديدة. ومع ذلك، فإن هذه المرونة نفسها يمكن أن تقودنا إلى الإفراط في التوسع. وفقًا لكرو، فإن هذه المرونة هي ما يدفعنا إلى ما هو أبعد من الطيف المعتاد للشخصية وإلى عالم الذهان. وقد تكون العوامل الخارجية بمنزلة محفزات لهذا التحول. في هذا النموذج، ما يفضله التطور ليس المظاهر المحددة للقدرة على التكيف، بل القدرة على التكيف نفسها.

تُعَد دراسة عدم تماثل الدماغ موضوعًا ساخنًا في الوقت الحالي، والعمل الأكثر إثارة للإعجاب في هذا المجال في الولايات المتحدة يجريه عالم الأعصاب ريتشارد جيه ديفيدسون في جامعة ويسكونسن في ماديسون. لقد أصبح عمل ديفيدسون ممكنًا بفضل معدات مسح الدماغ التي تتزايد كفاءتها مع الوقت. إذ يمكن للعلماء الآن رؤية جميع أنواع الأشياء في الدماغ التي لم يكونوا يستطيعون رؤيتها قبل خمس سنوات، ويبدو من المرجح أنه خلال خمس سنوات، سيكونون قادرين على رؤية المزيد. باستخدام مزيج من التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET) والتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، يستطيع الأطباء والباحثون الحصول على لقطة ثلاثية الأبعاد للدماغ بأكمله كل ثانيتين ونصف تقريبًا، مع معلومات مكانية دقيقة. يعدُّ التصوير بالرنين المغناطيسي أفضل من حيث الدقة المكانية والزمن؛ بينما يقوم التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني بعمل أفضل في رسم خرائط التفاعلات الكيميائية العصبية في الدماغ.

بدأ ديفيدسون برسم خرائط للنشاط العصبي والكيميائي في الدماغ استجابةً لمحفز «طبيعي»، أي محاولة معرفة ما الذي تفعله كل منطقة في الدماغ عندما يرى شخص ما صورة مثيرة جنسيًّا أو يسمع ضوضاء مخيفة. ويقول: «نريد أن ننظر إلى معايير التفاعل العاطفي». بمجرد معرفة أين يحدث رد الفعل في الدماغ تجاه نوع معين من الصور، يمكنك قياس المدة

التي يظل فيها الدماغ نشطًا، وقد تَبيَّن أن هذا يختلف من شخص لآخر. فبعض الأشخاص، الذين يتعرضون لصورة مروعة، تحدث لديهم إثارة كيميائية عصبية تتلاشى بسرعة؛ والبعض الآخر يحدث لديهم الإثارة الكيميائية نفسها لكن تستغرق وقتًا طويلًا لكي تهدأ. وهذا الأمر ثابت بالنسبة إلى أي مريض؛ فالبعض منا لديه أدمغة سريعة في هذا الصدد وبعضنا لديه أدمغة بطيئة. يعتقد ديفيدسون أن الأشخاص الذين يعانون فترة تعافي بطيئة هم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية من أولئك الذين يتعافون بسرعة. وقد أظهرت مجموعة ديفيدسون في ويسكونسن تغيرات ملحوظة في سرعة تعافي الأدمغة الفردية بعد ستة أسابيع من العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب.

يبدو أن هذه التغيرات تحدث في قشرة الفص الجبهي وهي غير متماثلة[29]، فعندما يتعافى شخص ما من الاكتئاب، تزداد سرعة التنشيط والتعطيل على الجانب الأيسر من قشرة الفص الجبهي. ومن المعروف أن مضادات الاكتئاب تغير مستويات الناقلات العصبية. لذا ربما تتحكم الناقلات العصبية في تدفق الدم إلى مناطق مختلفة من الدماغ.[30] مهما كانت الآليات، كما يوضح ديفيدسون، فإن «عدم تماثل التنشيط» -أي الاختلافات في نشاط الجانب الأيسر والأيمن- «في قشرة الفص الجبهي ترتبط بالتصرف، والمزاج، وأعراض القلق والاكتئاب». إن الأشخاص الذين لديهم المزيد من النشاط في الجانب الأيمن هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب والقلق. وديفيدسون، مثل كرو، يشكك في النهاية في كون الاكتئاب حالة مستقلة بذاتها. «إن أحد الأشياء التي تميز السلوك البشري عن سلوك الكائنات الأخرى هو أن لدينا قدرة أكبر على تنظيم عواطفنا. كما لدينا أيضًا الجانب الآخر، أي قدرة أكبر على تحرير عواطفنا. أعتقد أن كلتا الآليتين سيتضح أنهما مرتبطتان بشكل كبير بالنشاط في قشرة الفص الجبهي». وبعبارة أخرى، فإن مشكلاتنا هي نتيجة لنقاط قوتنا.

هذه الأبحاث، بالإضافة إلى إظهار كيفية تطور العوامل الوراثية والجينية لاضطراب المزاج، لها آثار عملية هائلة. فإذا تمكَّن الباحثون من تحديد المنطقة الدقيقة للنشاط المتغير في الدماغ المكتئب، فيمكنهم تطوير جهاز لتحفيز تلك المنطقة أو تثبيطها. تشير الأبحاث الحديثة إلى أن التشوهات في استقلاب السيروتونين تحدث في قشرة الفص الجبهي لدى المرضى الذين يعانون الاكتئاب. وقد ينتج عن ذلك تحفيز غير متماثل للدماغ؛ أو قد يكون هناك عدم تماثل مادي -في توزيع الشعيرات الدموية وبالتالي تدفق الدم، على سبيل المثال- في بعض الأدمغة.

تُنشأ أنماط معينة من نشاط الدماغ في وقت مبكر من الحياة، ويتغير البعض الآخر. لقد وجدنا الآن أن خلايا الدماغ يمكنها أن تتكاثر عند البشر البالغين.[31] قد يكون الأمر أننا نكتسب خلايا في بعض المناطق أو نستنفد خلايا في مناطق أخرى عندما نمر بالاكتئاب. وقد تسمح لنا التقنيات الجديدة في نهاية المطاف بتحفيز نمو مناطق معينة من الدماغ أو إلحاق الضرر بها. تُظهر بعض الدراسات المبكرة أن التحفيز المغناطيسي المتكرر عبر الجمجمة (rTMS)، الذي يستخدم المغناطيسية المركزة بإحكام لزيادة النشاط في موقع معين، قد يؤدي، عند توجيهه إلى قشرة الفص الجبهي الأيسر، إلى تحسين أعراض الاكتئاب.[32] وقد يكون من الممكن، من خلال التدخل الخارجي، تعلم كيفية تنشيط الدماغ الأيسر. ويمكن تعلم

القدرة على الصمود في حد ذاتها، وبخاصة عند الشباب. وقد يكون من الممكن مسح الأدمغة ورصد القشرة الأمامية اليسرى المعطلة في وقت مبكر واتخاذ تدابير وقائية -«التي قد تشمل التأمل، على سبيل المثال»، كما يقول ديفيدسون- لمساعدة الناس على تجنب الوقوع في حفرة الاكتئاب من الأساس.[33]

تكون قشرة الفص الجبهي الأيسر أكثر نشاطًا لدى بعض الأشخاص، بينما قشرة الفص الجبهي الأيمن أكثر نشاطًا عند البعض الآخر. (هذا لا علاقة له بمسألة أي نصف من الدماغ هو المهيمن الذي يحدد ما إذا كنت تستخدم اليد اليمنى أو اليسرى، فذلك يحدث في مناطق أخرى من الدماغ). يتمتع غالبية الناس بنشاط أعلى في الجانب الأيسر.[34] ويميل الأشخاص الذين لديهم نشاط أعلى في الجانب الأيمن إلى تجربة مشاعر سلبية أكثر من الأشخاص الذين لديهم نشاط أعلى في الجانب الأيسر. ويرتبط تنشيط الجانب الأيمن أيضًا بضعف جهاز المناعة لدى الشخص، كما يرتبط أيضًا بمستويات أساسية عالية من الكورتيزول، وهو هرمون التوتر.[35] وعلى الرغم من أن أنماط التنشيط المستقرة لا تستقر حتى سن البلوغ، فإن الأطفال الذين لديهم نشاط أكبر في الجانب الأيمن سيجن جنونهم عندما تغادر أمهاتهم الغرفة؛ بينما سيكون الأطفال الذين لديهم نشاط قوي في الجانب الأيسر أكثر ميلًا لاستكشاف الغرفة دون الشعور بأي شيء سلبي واضح. أما عند الأطفال الرضع، فإن التوازن يكون عرضة للتغيير. يقول ديفيدسون: «الافتراض القائم هو أنه يكون هناك المزيد من المرونة في النظام في السنوات الأولى من الحياة، مما يوفر فرصًا أكبر للتأثيرات البيئية لتشكيل هذه الدوائر».

إن الجمع بين هذه الأفكار وبعض أفكار كرو حول اللغة يؤدي إلى رؤى رائعة. يقول ديفيدسون: «أحد الأشياء الأولى التي تراها عندما يبدأ الأطفال الصغار في قول أي كلمة هو أنهم يشيرون. فالكلام هو تسمية لشيء، وهم يشيرون دائمًا تقريبًا في البداية باليد اليمنى. يكون من الواضح أن الطفل يمر بتجربة إيجابية وأنه مهتم بالشيء ويتحرك نحوه. إذ يعد الاستخدام الأولي للغة ممتعًا جدًّا لمعظم الأطفال الصغار. إن حدسي، الذي لم يُدرَس بأي طريقة منهجية، هو أن ارتباط النصف الأيسر من الدماغ باللغة قد يكون في الواقع نتيجة ثانوية لارتباطه بالمشاعر الإيجابية».[36]

ويبدو أن هذا الحدس هو أساس التشريح العصبي للتنفيس. فالكلام إيجابي بطبيعته؛ ويعد التعبير عن النفس لفظيًّا إحدى متع الحياة العميقة، كما أن الدافع للتواصل قوي للغاية لدى جميع الأفراد، حتى لدى أولئك الذين لا يستطيعون النطق بوضوح ويلجؤون إلى لغة الإشارة أو الإيماءات أو الكتابة. بينما يفقد الأشخاص المصابون بالاكتئاب الاهتمام بالحديث؛ يتحدث الأشخاص الذين يعانون الهوس بلا انقطاع. وبغض النظر عن الاختلافات الثقافية، يظهر الكلام باستمرار كمُحسن قوي للمزاج. قد يكون التفكير في الأحداث السلبية أمرًا مؤلمًا، لكن مناقشة الألم الحالي يمكن أن تساهم في تخفيفه. عندما أُسأل، كما يحدث دائمًا، عن أفضل طريقة لعلاج الاكتئاب، أخبر الناس أن يتحدثوا عنه، ليس أن يكبتوا مشاعرهم وتتصاعد بداخلهم، بل أن يستمروا ببساطة في التعبير عنها. تحدث عنه مع العائلة إذا كانوا يستمعون، تحدث عنه مع الأصدقاء، تحدث عنه مع المعالج. ربما يكون ديفيدسون وكرو قد توصلا إلى الآليات التي يساعد الحديث من خلالها؛ ربما تُنشِّط أنواع معينة من الحديث المناطق نفسها

من الدماغ الأيسر التي يكون أداؤها الضعيف متورطًا في المرض النفسي. إن فكرة التعبير باعتباره تنفيسًا هي فكرة أساسية تمامًا لمجتمعنا. وعلى الرغم من أن هاملت يأسف لتفريغ قلبه بالكلمات، فإننا، جنبًا إلى جنب مع قابليتنا للإصابة بالأمراض النفسية، طورنا القدرة على تفريغ قلوبنا (أو، ربما قشرة الفص الجبهي اليسرى لدينا) من خلال التعبير اللفظي.

وعلى الرغم من وجود علاجات فعالة حتى للأمراض التي لم نبدأ في فهمها، فإن معرفة كيفية ارتباط مكونات المرض ببعضها بعضًا تساعدنا على تمييز مسبباته المباشرة ومعالجتها. فذلك يساعدنا على فهم مجموعة من الأعراض ومعرفة الطرق التي قد يؤثر بها نظام ما على نظام آخر. إن معظم أنظمة تفسير المرض النفسي -السلوكية، والاجتماعية والثقافية، والمتعلقة بالكيمياء الحيوية، والتحليل النفسي- مجزأة وتترك أشياء كثيرة غير مفسرة، وتكشف عن أنَّ حتى المقاربات التوافقية الرائجة الآن غير منتظمة وغير منهجية إلى حد كبير. فلماذا ترتبط مشاعر معينة وأفعال معينة بالمرض ولكن ليس بالصحة؟ كتب ماكجواير وترويسي: «إن حاجة الطب النفسي الأكثر إلحاحًا هي تبني نظرية التطور والبدء في عملية تحديد أهم بياناتها واختبار التفسيرات الجديدة للاضطرابات. إن محاولات تفسير السلوك، سواء كان طبيعيًّا أو غير ذلك، دون الحصول على فهم متعمق للكائنات التي يدرسها المرء، ستفضي إلى سوء التفسير».[37]

أنا لست مقتنعًا بأن معرفة كيفية تطور الاكتئاب عبر التاريخ ستكون مفيدة بشكل خاص في علاجه، لكنها ستكون مهمة في اتخاذ القرارات بشأن علاجه. نحن نعلم أن اللوزتين لهما استخدام محدود؛ ونفهم ما تفعلانه في الجسم؛ ونعلم أن مكافحة التهابهما أصعب من إزالتهما وأن إزالتهما لا تضر الجسم إلا قليلًا. ونحن نعلم أنه يمكن إزالة الزائدة الدودية بدلًا من علاجها. من ناحية أخرى، نحن نعلم أن عدوى الكبد تحتاج إلى علاج لأنه إذا أزلت كبد شخص ما، سيموت ذلك الشخص. ونحن نعلم أنه من الضروري إزالة سرطانات الجلد ولكن البثور لا تسبب مشكلة كبيرة. نحن نفهم آليات هذه المناطق المختلفة من الذات الجسدية، ونعرف بشكل عام نوع ودرجة التدخل المناسب في حالة الخلل الوظيفي.

من الواضح تمامًا أنه لا يوجد إجماع حول متى ينبغي علاج الاكتئاب. هل ينبغي إزالة الاكتئاب مثل اللوزتين، أم معالجته مثل أمراض الكبد، أم تجاهله مثل البثور؟ هل يهم ما إذا كان الاكتئاب خفيفًا أم شديدًا؟ للإجابة عن هذه الأسئلة بشكل صحيح، علينا أن نعرف سبب وجود الاكتئاب من الأساس. إذا كان الاكتئاب يؤدي وظيفة مفيدة للإنسان قديمًا ولكنه لا علاقة له بالحياة الحديثة، فينبغي على الأرجح إزالته. إذا كان الاكتئاب عبارة عن خلل وظيفي في الدماغ يشتمل على دوائر نحتاج إليها لوظائف الدماغ الحيوية الأخرى، فيجب علاجه. إذا كان بعض الاكتئاب المعتدل عبارة عن آلية للتنظيم الذاتي، فيجب تجاهله. قد يقدم التطور شيئًا من قبيل نظرية الحقل الموحد، مما يكشف عن العلاقات الهيكلية بين المدارس الفكرية الأخرى المستخدمة في دراسة الاكتئاب؛ مما يسمح لنا باتخاذ قرارات بشأن ما إذا كان ينبغي علاجه ومتى وكيف.

الفصل الثاني عشر

الأمل

لقد واجهت أنجيل ستاركي وقتًا عصيبًا منذ طفولتها. نشأت أنجيل بين سبعة إخوة في عائلة نادرًا ما يلمسها أو يحصنها أحدٌ فيها؛ وتعرضت للتحرش الجنسي على يد البواب في مدرستها؛ ثم تعرضت للاغتصاب عندما كانت في الثالثة عشرة من عمرها. تقول: «لقد كنت مكتئبة منذ أن كنت في الثالثة من عمري». عندما كانت طفلة، كانت تحبس نفسها في الخزانة الموجودة أسفل دَرج منزلهم وترسم شواهد القبور على الحائط. توفي والدها بسرطان البنكرياس عندما كانت في السابعة من عمرها. وفي الثامنة والثلاثين من عمرها، «ما زلت أسمعه يصرخ أحيانًا. عندما أكون مستلقية على سريري أو جالسة في غرفتي أسمعه فجأة يصرخ، وترتعد أوصالي». كانت جارتها هي أقرب صديقاتها عندما كانت صغيرة وقد شنقت نفسها، ولم يُكتشف ذلك، إلا عندما كانت أنجيل تطرق بابهم. أُودعت أنجيل في المستشفى منذ أن أنهت دراستها الثانوية قبل سبعة عشر عامًا، مع انتقالات قصيرة إلى سكن مجتمعي خاضع للإشراف. وهي تعاني اضطرابًا فصاميًّا عاطفيًّا، مما يعني أنها بالإضافة إلى الاكتئاب العميق، تعاني الهلوسة وتسمع أصواتًا تأمرها بتدمير نفسها. يمنعها الذعر من التفاعلات العادية في العالم. ولا أحد يستطيع حتى أن يتذكر عدد المرات التي حاولت فيها الانتحار، ولكن بما أنها كانت مودَعة في مستشفى طوال معظم حياتها البالغة، فقد أنقِذت مرارًا وتكرارًا، حتى عندما ألقت بنفسها أمام سيارة. ذراعاها ممتلئتان بالندوب والجروح التي تعد ولا تحصى. أخبرها أحد الأطباء مؤخرًا أن جلدها لم يعد لينًا، وأنها إذا استمرت في جرح نفسها، فلن تكون هناك طريقة لإغلاق الجروح. وجلدها عند بطنها مرقع معًا لأنها أشعلت النار في نفسها عدة مرات. كما حاولت خنق نفسها (بأكياس بلاستيكية، وبرباط حذاء، وبجهاز قياس ضغط الدم)

-حتى «تحول رأسي إلى اللون الأرجواني»- ولديها علامات على رقبتها لإثبات ذلك. شعرها خفيف لأنها تمزقه وتتلفه، وتآكلت أسنانها جزئيًّا كأثر جانبي للأدوية التي تتناولها، وجفاف الفم المزمن يمكن أن يؤدي إلى التهاب اللثة. وفي الوقت الحالي، الأدوية الموصوفة لها هي كلوزاريل، 100 ملجم، خمس مرات في اليوم؛ كلوزاريل، 25 ملجم، خمس مرات في اليوم؛ بريلوسيك، 20 ملجم، مرة واحدة في اليوم؛ سيروكويل، 200ملجم، مرتان يوميًّا؛ ديتروبان، 5 ملجم، أربع مرات في اليوم؛ ليسكول، 20 ملجم، مرة واحدة في اليوم؛ بوسبار، 10 ملجم، ست مرات في اليوم؛ بروزاك، 20 ملجم، أربع مرات في اليوم؛ نيورونتين، 300 ملجم، ثلاث مرات في اليوم؛ توباماكس، 25 ملجم، مرة واحدة في اليوم؛ والكوجنتين 2 ملجم، مرتان يوميًّا.

التقيت أنجيل لأول مرة في مستشفى نوريستاون، وهي المنشأة الحكومية التي زرتها في ولاية بنسلفانيا. لقد كانت مودعة هناك. لقد صدمتني الندوب الموجودة في جسدها، والهزال البادي عليها. ولكن في مكان كانت فيه العديد من الأعين ضحلة مثل الزجاج، بدت أنجيل وكأنها أكثر تفاعلًا وانخراطًا. قالت لي إحدى ممرضاتها: «إنها متطلبة للغاية، لكنها أيضًا لطيفة جدًّا. أنجيل مميزة». لا شك أن كل الناس مميزون، لكن أنجيل تتمتع بلمسة مؤثرة من الأمل تعتبر غير عادية في شخص مر بكل ما مرت به. تحت معاناتها وآلامها يوجد شخص دافئ وحالم وكريم، وجذاب بما يكفي بحيث يصرف انتباهك في النهاية عن المظهر الوحشي. شخصية أنجيل غامضة ولكن مرضها لم يدمرها.

أصبحت على دراية وثيقة بأنجيل وأساليبها في تشويه نفسها. الأداة المفضلة لديها لجرح نفسها هي الجزء العلوي من العلب. لقد مزقت ذات مرة ذراعيها بشدة لدرجة أنها احتاجت إلى أربعمائة غرزة. قالت لي: «جرح نفسي هو الشيء الوحيد الذي يمنحني أي متعة». وعندما لا تتوفر العلب، تلجأ إلى فتح الجزء السفلي من أنبوب معجون الأسنان واستخدامه لجرح نفسها. وقد فعلت ذلك حتى في أثناء خضوعها لعملية التنضير -الإزالة الجراحية للأنسجة الميتة- نتيجة الحروق التي ألحقتها بنفسها. قالت لي: «كنت أدخل وأخرج من المبنى رقم 50، مركز الطوارئ. يجب أن أذهب إلى هناك إذا جرحت نفسي. لقد كان المبنى السادس عشر، لكنه الآن المبنى رقم 50. أنا أعيش في مبنى رقم واحد، وهو مبنى سكني عادي. وأذهب أحيانًا إلى حفلات الغناء الصغيرة التي يقيمها المرضى في المبنى رقم 33. كان عليَّ أن آتي إلى المستشفى هذه المرة لأنني كنت أعاني نوبات الهلع باستمرار. وعقلي لم يكن يعمل بشكل جيد، كانت تنتابني لحظات من التشوش والارتباك الإدراكي. وقد أخافني ذلك بشدة. وكنت أضطر إلى الركض إلى الحمام. أستغرب حقًّا الطريقة التي يتفاعل بها جسدي بالكامل مع القليل من القلق! لقد ذهبنا إلى المركز التجاري بالأمس، وكان الأمر مخيفًا جدًّا. ويكون الأمر كذلك حتى في المتاجر الصغيرة. اضطررت إلى تناول مجموعة حبوب أتيفان وحتى هذا لم يفعل شيئًا. أخشى للغاية من فقدان عقلي. بالأمس دخلت وخرجت من المتاجر بسرعة كبيرة وذهبت إلى الحمام نحو عشر مرات. ولم أكن أستطيع بلع أي شيء. عندما غادرت المستشفى

للذهاب للمركز التجاري كنت خائفة؛ ثم عندما حان وقت العودة إلى المستشفى، تملَّكني الخوف كذلك».

لقد كان الألم الجسدي دائمًا لا غنى عنه بالنسبة إليها. قالت: «أقول لهم ألا يخيطوا الجروح أو يجعلوا الأمر سهلًا. بل أطلب منهم أن يجعلوه أصعب. إن كون الأمر صعبًا يجعلني أشعر بالتحسن. إذا كنت سأشعر بالألم، فأنا أُفضِّل أن أشعر بالألم الجسدي بدلًا من الألم العاطفي. إنه شيء تطهيري للغاية بالنسبة لي عندما أشعر بالألم والتعب الجسدي الشديد ولا أستطيع التنفس. التدبيس الجراحي أجمل من خياطة الجرح لأنه يؤلم أكثر، لكنه لا يؤلم لفترة كافية». كانت أنجيل تحت إشرافٍ فردي -ولم يكن لديها أي خصوصية حتى لاستخدام الحمام- لمدة ثلاث سنوات في فترة حادة بشكل خاص. لقد مرت بها أوقات كان عليها فيها أن تكون مقيدة بالسرير. وقد احتُجِزَت في عنابر مغلقة، وقضت بعض الوقت وهي عالقة في شبكة الجسم؛ وهي قطعة كبيرة من النسيج تحيط بالمريض العنيف وتجعله عاجزًا تمامًا عن الحركة. وتصف تلك التجربة بأنها مرعبة بشكل لا يوصف. لقد تعلمت كل شيء عن الأدوية التي تتناولها. إنها مريضة مُطلعة. قالت: «إن مجرد ذِكر الكلوزاريل يجعلني أشعر بالغثيان والرغبة في التقيؤ». لقد خضعت أيضًا للعلاج بالصدمات الكهربائية كثيرًا.

خلال إقامتها الأخيرة في نوريستاون، أخبرتني أنجيل أنها كانت تتصل بوالدتها كل يوم وتعود إلى المنزل لتقيم معها في عطلتي نهاية الأسبوع. «أحب أمي أكثر من أي شيء في العالم. أحبها أكثر بكثير مما أحب نفسي. إنه أمر صعب بالنسبة إليها. أفكر أحيانًا في أن لديها سبعة أطفال، وبالتالي ربما يمكنها أن تكتفي بستة أطفال. ليس الأمر أنني سأتركها عمدًا. لكنني عذبتها لفترة كافية. إنها لا تحتاج إلي إذا كنت عبئًا بهذا الشكل. لقد جرحتها بالعبء والإحراج الذي أسببه لها. إن اكتئابي هو اكتئابها، واكتئابها هو اكتئاب أخواتي، وهلم جرًا. ولا أعتقد أن الأمر سينتهي أبدًا حتى نموت جميعًا. أتمنى فقط أن أحصل على وظيفة وأعطيها بعض المال. يقولون إنني أشعر بالقلق بشأن أمي أكثر من اللازم، لكنها تبلغ من العمر الآن ثلاثة وسبعين عامًا وبحاجة إلى الرعاية. أذهب إلى هناك وأنظف المنزل بقدر ما أستطيع. أصبحت مهووسة بالتنظيف هناك. أنظف كل شيء بكل طاقتي. وأمي تُقدِّر ذلك».

في المرة الأولى التي التقينا فيها، كانت أنجيل متوترة بشكل واضح، وكانت مشكلات الذاكرة المتوطنة لديها نتيجة للعلاج بالصدمات الكهربائية على المدى الطويل (خضعت لثلاثين جلسة من العلاج بالصدمات) والجرعات العالية من الأدوية مُعيقة. كانت تنسى نفسها في منتصف الجملة وهي تتحدث. تحدثت عن وسائل الراحة الصغيرة في عالمها الصغير. قالت: «لا أفهم لماذا يعاملني الناس بذلك اللطف الكبير. كنت أكره نفسي بشدة. كرهت كل ما فعلته. لكن لا بد أن الرب يعتني بي، لأنني صدمتني سيارتان من قبل، وجرحت نفسي حتى أفرغت كل دمائي، وما زلت على قيد الحياة. أنا قبيحة. أنا مُثقلة جدًّا. لا أستطيع أن ... عقلي

مشوش جدًّا لدرجة أنني لا أستطيع حتى أن أفكر في بعض الأحيان. أصبح المستشفى هو حياتي، فكل تلك الأعراض لن تنتهي؛ كل الاكتئاب ومشاعر الوحدة لن ينتهوا».

ولأنها كانت على دراية تامة بالصعوبات التي تعترض تواصلنا، فقد أرسلت لي، بعد بضعة أسابيع، رسالة «لتوضيح الأمر». وكتبت فيها: «لقد فعلت الكثير من الأشياء لقتل وإيذاء نفسي. كل شيء أصبح متعبًا للغاية. لا أعتقد أن لدي عقلًا. في بعض الأحيان، إذا بدأت في البكاء، أخشى أنني لن أتوقف أبدًا. لقد خسرت وخسرت إلى ما لا نهاية. هناك الكثير من الأشخاص الذين أود مساعدتهم، حتى لو كان ذلك من خلال مجرد عناق. فقط هذا في حد ذاته يجعلني سعيدة. أحيانًا أكتب الشعر. إنه يوضح لي وللآخرين مدى مرضي، لكنه أيضًا يُظهِر أن هناك أملًا، هناك حبًّا».

في العام التالي، انتقلت أنجيل من نوريستاون[1]، أولًا إلى مركز رعاية مكثف ثم إلى مكان أقل كثافة في الرعاية، في بوتستاون، بنسلفانيا. ولم تجرح ذراعيها لأكثر من أربعة عشر شهرًا. بدا أن مزيج الأدوية الذي كانت تتناوله نجح في إبعاد الأصوات المخيفة عن رأسها. قبل أن تغادر نوريستاون، قالت لي: «ما يخيفني حقًّا هو احتمالية ألا أتمكن من استعادة رباطة جأشي، والقيام بأشياء مثل التسوق، والتعامل مع الناس وما إلى ذلك». لكنها قامت بهذا التحول ببراعة مدهشة. أخبرتني بعد نحو شهر من انتقالها: «في الوقت الحالي، أنا في حالة أفضل من أي وقت مضى». وبعد ذلك، واصلت التحسن شيئًا فشيئًا، واكتسبت ثقة لم تكن تتوقعها قط. استمرت في سماع صوت ينادي باسمها، لكنه لم يكن الصوت الشيطاني الخبيث الذي كانت تسمعه من قبل. «لا تراودني في الغالب أفكار عن إيذاء نفسي الآن. لقد كان الأمر قهريًّا. الآن أفكر في الأمر، ولكن ليس كما كان من قبل. لم يكن الأمر على الإطلاق كما كان من قبل، لقد كان جرح نفسي في السابق مثل عملية العطس؛ أي شيء قهري تمامًا. الآن أشعر أنني أريد أن أكون موجودة، كما آمل، لبقية حياتي!».

لقد أذهلني أن أنجيل، على عكس العديد من المرضى الذين يدمرون أنفسهم، لم تسع قط إلى تدمير أي شخص آخر. لم تضرب أحدًا قط طوال السنوات التي قضتها في المستشفى. ذكرت ذات مرة إشعال النار في نفسها عن طريق إشعال البيجامة التي ترتديها. ثم شعرت بالذعر من أنها قد تؤدي إلى إشعال المبنى في أثناء احتراقها. «فكرت في الأشخاص الذين سأحرقهم فأطفأت النار سريعًا». وقد شاركت بشكل فعال في فريق رضا المستهلك في نوريستاون، وهي مجموعة المناصرة الداخلية لحقوق المرضى بالمستشفى، وخرجت مع أطبائها، رغم أنها شعرت بالرعب، للتحدث في المدارس عن الحياة في المستشفى. عندما جئتُ لقضاء بعض الوقت معها في مسكنها الخاضع للإشراف، لاحظت أنها هي التي علمت الآخرين كيفية القيام بالأشياء؛ لقد علمتهم كيفية طهي الطعام (شطائر زبدة الفول السوداني والموز) بصبر كبير. قالت لي: «يجب أن أعيش الحياة. أريد بشدة مساعدة الناس. وربما مع مرور الوقت، سأشعر أنني أفعل شيئًا لنفسي أيضًا. هذه المرأة التي أتشارك معها الغرفة

الآن، تتمتع بقلب طيب. عندما أناديها وتجيب، تبدو كطفلة صغيرة لطيفة. لديها الكثير من المشكلات، وهي لا تطبخ أو تنظف، بل ولا تفعل أي شيء تقريبًا، لكنها لطيفة، لا يمكنك أن تكون لئيمًا معها. لقد كنت أحاول أن أعلمها منذ شهرين تقريبًا كيفية تقشير خيارة لعينة، لكنها لا تستطيع تعلم ذلك بعد».

تكتب أنجيل قصائد وهي تحاول بإخلاص التعبير عن تجاربها:

أتمنى أن أتمكن من البكاء
بسهولة مثل السماء
لكن الدموع تعاندني
إنها عالقة داخل روحي



عليَّ أن أكون شجاعة وأحارب الخوف الذي يعيقني
لكنها حرب مستمرة منذ فترة طويلة جدًّا

الأطفال يكبرون والدموع في عيني تتدفق
أفتقد رؤيتهم وهم يكبرون
فذلك أشبه بتفويت تغير الفصول
أشبه بتفويت رؤية الورود التي تتفتح
في الربيع وتساقط رقاقات الثلج في الشتاء
إلى متى سأظل أفتقدهم؟ السنوات لن
تتوقف لي أو لهم ولماذا قد تتوقف؟
سيستمرون في الإزهار وستظل حياتي
ساكنة مثل البركة الراكدة.

ذهبت لرؤية أنجيل قبل أن تنتقل من مسكنها الخاضع للإشراف إلى مسكن أقل إشرافًا. وعندما ذهبت، وجدتها تقدم لي هدية وهي صندوق طيور مطلي باللون الأزرق الفاتح مع ملاحظة مثبتة على ظهره تقول «بكل الحب». ذهبنا لتناول الغداء في مطعم صيني في مركز التسوق في بوتستاون. تحدثنا عن العرض الموسيقي الذي شاهدته عندما سافرت

إلى نيويورك. تحدثنا عن طلبها للحصول على وظيفة بدوام جزئي، التي كانت تتمثل في المساعدة في إعداد الشطائر في مطعم للأطعمة الجاهزة. لقد رُفِضت وأصابها الإحباط. لقد كانت متحمسة جدًّا لفكرة العمل، على الرغم من أنها كانت خائفة من ماكينة تسجيل النقد ومن الاضطرار إلى إجراء العمليات الحسابية لإعطاء الناس النقود. قالت لي معترفة: «ليس لدي سوى معرفة محدودة بالرياضيات، كما أن فترة انتباهي قصيرة جدًّا أيضًا، مثل طفل عمره ثلاث سنوات. الأدوية هي ما تفعل ذلك على ما أعتقد». تحدثنا عن كتابها المفضل «الحارس في حقل الشوفان»، تحدثنا عن الأحلام التي كانت تراودها في أثناء النوم. وقالت: «أحلم بالمحيط طوال الوقت. أحلم أن هناك غرفة أو قاعة مثل هذه، وفي آخرها يوجد جدار وراؤه محيط. ولا أستطيع أبدًا الوصول إلى الشاطئ. أكافح وأكافح للوصول إلى الماء، ولكن لا أستطيع. وفي أحيان أخرى أحلم بالحرارة. حيث تحرق الشمس بشرتي وشعري. أخاف من حرارة الشمس. حتى في الحياة الواقعية أحاول الذهاب إلى أماكن لا توجد بها نوافذ في أثناء غروب الشمس، عندما تتحول الشمس إلى اللون الأحمر، تخيفني للغاية». تحدثنا قليلًا عن الضعف الذي اعترى ذاكرتها بعض الشيء، وأخبرتني أنها لم تعد تتذكر بعض التفاصيل الخاصة بعائلتها الأكبر.

بعد ذلك، بقيت على اتصال متقطع معها لمدة ستة أشهر، وعندما التقينا مرة أخرى، سألتني عما حدث تلك الفترة. أخبرتها أنني تعرضت لانتكاسة صغيرة. لم يكن قدر مرَّ حينها سوى وقت قليل بعد خلع كتفي وانهياري الثالث. ذهبنا مجددًا إلى المطعم الصينيٍ. قالت لي وهي تقطع الملفوف الصيني الموضوع على طبقها: «أتعلم، لقد كنت قلقة عليك حقًّا. اعتقدت أنك ربما تكون قد انتحرت أو شيء من هذا القبيل».

حاولت أن أطمئنها فقلت: «حسنًا، لم يكن الأمر كذلك تمامًا يا أنجيل. لقد كان الأمر فظيعًا، لكن لم يكن بهذه الخطورة، أو على الأقل تبين أن الأمر ليس بهذه الخطورة. تناولت زيبريكسا وعدلت بعض الأدوية والجرعات الأخرى». ثم ابتسمت وفتحت ذراعيَّ الاثنتين وأردفت: «وكما ترين، أصبحت بخير الآن».

نظرت إليَّ أنجيل وابتسمت ثم قالت: «ذلك رائع. لقد كنت قلقة جدًّا». ثم بدأنا نأكل. وبعد قليل قالت بشجاعة: «لن أكون بخير أبدًا». أخبرتها أن الأمر يحدث تدريجيًّا وعليها أن تسير خطوة بخطوة، وأنها تتقدم بطريقة مذهلة. أخبرتها أنها أفضل ألف مرة مما كانت عليه عندما التقيتها لأول مرة قبل عامين. قلت لها: «انظري، منذ عام مضى، لم يكن بإمكانك حتى أن تتخيلي الخروج والعيش في مكان مثل ذلك الذي ستعيشين فيه». قالت بينما ارتسمت على وجهها ابتسامة خجولة يشوبها الفخر: «نعم، صحيح»، ثم أردفت: «أحيانًا أكره الأدوية كثيرًا، لكنها تساعدني».

اشترينا آيس كريم وذهبنا إلى متجر بجوار المطعم. اشترت أنجيل بعض القهوة وبعض الأشياء الأخرى التي كانت تحتاج إليها. ركبنا السيارة للعودة إلى المكان الذي كانت تعيش فيه. قالت لي: «أنا سعيدة حقًّا بقدومك. لم أكن أعتقد أنك ستأتي اليوم. أتمنى ألا أكون قد أزعجتك». قلت لها إنه كان من الرائع أن أراها وأعرف ما يحدث لها، وأنني أيضًا كنت سعيدًا بقدومي. قالت: «أتعرف؟ إذا تمكنت من التعافي بما يكفي لعيش حياة طبيعية، أود أن أشارك في أحد البرامج التلفزيونية الكبيرة، مثل أوبرا. سيكون هذا حلمي».

سألتها عن سبب رغبتها في ذلك.

قالت عندما عدنا إلى السيارة: «أريد فقط إيصال رسالتي إلى الناس. أريد أن أقول للجميع: لا تجرح نفسك، ولا تؤذِ نفسك، ولا تكره نفسك. أتعرف؟ الأمر حقًّا مهم جدًّا. أتمنى لو عرفت ذلك في وقت أبكر بكثير. أريد أن أخبر الجميع بذلك». صمتنا لبعض الوقت ثم سألتني: «هل ستحاول إخبار الناس بذلك عندما تكتب كتابك؟» وضحكت ضحكة يشوبها بعض التوتر.

أجبتها: «نعم سأحاول أن أخبر الناس بما قلتِه».

«هل تعدني بذلك؟ إنه أمر مهم للغاية».

«أعدك».

ذهبنا إلى المكان الجديد الذي كانت ستقيم فيه آنذاك، وهو سكن ستخضع فيه للإشراف، وتجولنا فيه ونظرنا من خلال النوافذ، وصعدت للأعلى لأرى المنظر من شرفة في الجزء الخلفي من المبنى. لقد كان مختلفًا تمامًا عن المكان المتداعي الذي كانت تعيش فيه. كان قد جُدِّد مؤخرًا، وبدا وكأنه فندق؛ وكانت كل شقة تحتوي على سجاد جديد في كل الغرف، وتلفزيون كبير، وكرسي بذراعين وأريكة، ومطبخ مجهز. قلت: «أنجيل، هذا المكان رائع جدًّا»، فقالت: «نعم، إنه جميل حقًّا؛ أجمل بكثير مما كنت فيه».

ثم عدنا إلى المكان الذي كانت ستغادره قريبًا. خرجنا من السيارة، وعانقتها مطولًا. وتمنيت لها حظًّا سعيدًا، وشكرتني هي مرة أخرى على قدومي لرؤيتها وأخبرتني بمدى أهمية زيارتي لها. وشكرتها على صندوق الطيور. ثم قالت: «يا إلهي، الجو بارد»، وغادرت مسرعة بينما عدت أنا إلى السيارة وشاهدتها وهي تسير ببطء إلى باب منزلها الأمامي. أدرت المحرك واستعددت للمغادرة وصِحت عاليًا: «وداعًا يا أنجيل»، فاستدارت ولوحت لي وقالت: «تذكر، لقد وعدتني».

بدا الأمر كلوحة فنية مبهجة، وظل محفورًا في ذهني؛ ولكن في غضون ستة أشهر، كانت أنجيل قد جرحت معصميها وبطنها، وعادت إلى المستشفى، ودخلت العناية النفسية المكثفة. وعندما ذهبت بالسيارة لرؤيتها عند عودتها إلى نوريستاون، كانت ذراعاها تحملان جروحًا متقرحة، تشبه البراكين المشتعلة، حيث كانت تسكب القهوة المغلية على الجروح في محاولة لتخفيف القلق الساحق. وبينما كنا نتحدث، كانت تهتز في مقعدها كثيرًا. وظلت تقول: «أنا

لا أريد أن أعيش على الإطلاق». حاولت أن أقدم لها بعض الكلمات الداعمة من كل قسم قابل للتطبيق في هذا الكتاب. قلت لها: «لن يظل الأمر هكذا دائمًا»، على الرغم من أنني أشك في أن الأمر سيكون هكذا بالنسبة إليها في كثير من الأحيان. ففي عالم الاكتئاب، لا تكفي بطولة المرء أو بصيص الأمل في عينيه.

استمرت امرأة مصابة بالفصام في الانضمام إلى حديثنا، وأصرت على أنها قتلت خنفساء وليس امرأة، وأن أهلها أساؤوا إليها لأنهم اعتقدوا خطأ أنها قتلت سيدة. وأرادت منا أن نضع الأمور في نصابها الصحيح ونوضح لأهلها الأمر. وظل رجل ذو قدمين كبيرتين بشكل غريب يهمس في أذني بنظريات المؤامرة. ثم صرخت أنجيل في وجههما: «اذهبوا بعيدًا»، ثم لفَّت ذراعيها المشوهتين حول نفسها، وقالت غاضبة: «لا أستطيع تحمل هذا. لن أتحرر من هذا المكان أبدًا. أريد فقط أن أضرب رأسي بالحائط حتى ينفتح وتنسكب كل دمائي».

وقبل أن أغادر سألني أحد مسؤولي الرعاية: «هل أنت متفائل بشأنها؟ فهززت رأسي نافيًا فقال: ولا أنا. لقد كنت كذلك لفترة من الوقت، لأنها لا تتصرف بجنون مثل معظم الموجودين هنا، لكنني كنت مخطئًا. إنها على اتصال جيد بالواقع في الوقت الحالي، لكن ما زالت مريضة جدًّا».

قالت لي أنجيل: «لقد أخرجوني من أسوأ أحوالي ذات مرة، لذا أعتقد أنهم سيفعلون ذلك مرة أخرى».

وفي غضون ستة أشهر، اختفت هذه العاصفة وأصبحت حرة مرة أخرى في الشقة الجميلة، وكانت ممتلئة بالبهجة. وأخيرًا حصلت على وظيفة عاملة في سوبر ماركت وكانت فخورة جدًّا. ذهبنا مجددًا إلى المطعم الصيني وبدوا سعداء برؤيتنا هناك. تحدثنا لبعض الوقت لكننا تجنبنا استخدام كلمات مثل «دائمًا» و«أبدًا».

لطالما سألني الناس: لماذا تكتب كتابًا عن الاكتئاب؟ لقد بدا لهم شيئًا غير مفهوم، إذ لماذا أغرق نفسي في هذا الموضوع البغيض؟ ويجب أن أقول إنه عندما شرعت في بحثي، بدا لي في كثير من الأحيان أنني كنت أحمق عندما اتخذت هذا القرار. لكنني توصلت إلى عدد من الردود التي بدت مناسبة لهذا السؤال. قلت إنني أعتقد أن لدي أشياء لأقولها لم تُقل. قلت إن الكتابة هي عمل من أعمال المسؤولية الاجتماعية، وإنني أريد مساعدة الناس على فهم الاكتئاب وفهم أفضل السبل لرعاية أولئك الذين يعانونه. اعترفت بأنني تلقيت عرضًا سخيًّا لكتابة الكتاب، وأنني اعتقدت أن الموضوع قد يجذب الناس، وأنني أريد أن أصبح مشهورًا ومحبوبًا. ولكنني لم أكشف عن هدفي بالكامل إلا بعد أن كتبت نحو ثلاثة أرباع الكتاب.

لم أكن أتوقع الضعف الشديد والمدمر للأشخاص المكتئبين. ولم أدرك أيضًا الطرق المعقدة التي تتفاعل بها نقاط الضعف هذه مع الشخصية. بينما كنت أعمل على هذا الكتاب، خُطِبت إحدى صديقاتي المقربات لرجل استخدم اكتئابه كذريعة للابتزاز العاطفي. كان باردًا

وغير متجاوب معها جنسيًّا؛ وطالبها بتوفير الطعام والمال له وإدارة حياته الشخصية لأن تحمُّل المسؤولية مؤلم جدًّا بالنسبة إليه؛ كان يفكر لساعات بينما تطمئنه بحنان، لكنه لم يستطع أن يتذكر أيًّا من تفاصيل حياتها أو يتحدث معها عن نفسها. ظللتُ لفترة طويلة أشجعها على تحمل الأمر، معتقدًا أن المرض سيُشفى، دون أن أدري أنه لا يوجد علاج على وجه الأرض يمكن أن يحوله إلى شخص نزيه. وفي وقت لاحق، أخبرتني صديقة أخرى عن تعرضها لاعتداء جسدي على يد زوجها، الذي ضرب رأسها في الحائط. لقد كان يتصرف بغرابة لأسابيع، ويستجيب بطرق مذعورة للمكالمات الهاتفية العادية، وكان حاقدًا على كلابهما. وبعد اعتدائه الجسدي الشرس، اتصلت بالشرطة مذعورة؛ وقد ذهب في الأخير إلى مستشفى للأمراض النفسية. صحيح أنه كان يعاني نوعًا ما من الاضطراب الفصامي العاطفي، لكنه لا يزال مذنبًا. غالبًا ما يكشف المرض النفسي عن الجانب المروع للشخص. إنه لا يصنع شخصًا جديدًا تمامًا. في بعض الأحيان يكون الجانب المروع مثيرًا للشفقة ومحتاجًا وجائعًا، وهي صفات مثيرة للحزن ولكنها مثيرة للتعاطف أيضًا؛ وفي بعض الأحيان يكون الجانب المروع وحشيًّا وقاسيًا. يُسلط المرض الضوء على الحقائق المؤلمة التي يخفيها معظم الناس في ظلام دامس. الاكتئاب يُحدث تطرفًا في السمات الشخصية الأساسية؛ إذ أعتقد أنه على المدى الطويل يجعل الأشخاص الجيدين أفضل؛ بقدر ما يجعل الأشخاص السيئين أسوأ. صحيح أنه يمكن أن يدمر إحساس المرء بالتناسب ويغمره بخيالات تثير الذعور وإحساسًا زائفًا بالعجز؛ ولكنه أيضًا نافذة على الحقيقة.

ليس لخطيب صديقتي الأولى وزوج الثانية مكان يذكَر في هذا الكتاب. في أثناء إجرائي البحث لهذا الكتاب، التقيت العديد من الأشخاص المكتئبين الذين كانت لدي مشاعر سلبية تجاههم أو لم يكن لدي أي شعور محدد، وعلى العموم قررت عدم الكتابة عنهم. لقد اخترت أن أكتب عن الأشخاص الذين أعجبت بهم. إن الأشخاص المذكورين في هذا الكتاب هم في الغالب أقوياء أو أذكياء أو مثابرون أو مميزون بطريقة أخرى. لا أعتقد أن هناك شيئًا اسمه شخص نموذجي، أو أنه من خلال سرد نموذج معين للواقع يمكن للمرء أن ينقل الحقيقة الشاملة. إن البحث عن الإنسان العام غير الفردي هو آفة كتب علم النفس الشائعة. ومن خلال رؤية العديد من أنواع المرونة والقوة والخيال التي يمكن العثور عليها، يمكن للمرء أن يدرك ليس فقط رعب الاكتئاب، ولكن أيضًا مدى تعقيد الإنسان. لقد أجريت محادثة مع رجل كبير السن مصاب بالاكتئاب الشديد، وأخبرني أن «الأشخاص المكتئبين ليس لديهم قصص؛ إنهم لا يملكون قصصًا». لكن كلنا لدينا قصص، والناجون الحقيقيون لديهم قصص مقنعة. في الحياة الواقعية، يتعايش المزاج مع تعقيدات الأشياء اليومية مثل المحامص والقنابل الذرية وحقول القمح. أما هذا الكتاب فيعد بيئة أكثر حماية لقصص الأشخاص المميزين ونجاحاتهم؛ وهي القصص التي أعتقد أنها يمكن أن تساعد الآخرين كما ساعدتني.

يعاني بعض الأشخاص اكتئابًا خفيفًا ويصابون بإعاقة تامة بسببه؛ ويعاني آخرون اكتئابًا حادًّا ويستطيعون العيش رغم كل ما يواجهونه من معاناة. يقول ديفيد ماكدويل، الذي يعمل على مكافحة تعاطي المخدرات في جامعة كولومبيا: «يمكن لبعض الناس أن يشقوا طريقهم ويعيشوا مهما كانت الصعوبات. وهذا لا يعني أنهم يعانون ألمًا أقل». المقاييس المطلقة صعبة. تقول ديبورا كريستي، عالمة نفس الأطفال في جامعة كوليدج لندن: «لسوء الحظ، لا يوجد شيء اسمه مقياس الانتحار أو مقياس الألم أو مقياس الحزن. لا يمكننا أن نقيس بشكل موضوعي مدى إصابة الأشخاص بالاكتئاب. يمكنك فقط الاستماع إلى ما يقوله الناس وقبول أن هذا ما يشعرون به». هناك تفاعل بين المرض والشخصية؛ فبعض الناس يمكن أن يتحملوا الأعراض التي من شأنها أن تدمر الآخرين؛ وبعض الناس لا يستطيعون تحمل أي شيء تقريبًا. يبدو أن بعض الناس يستسلمون للاكتئاب، والبعض الآخر يحاربونه. ونظرًا لأن الاكتئاب محبط ومثبط للغاية، فإن الأمر يتطلب دافعًا معينًا للاستمرار في التغلب على الاكتئاب، وليس الاستسلام له. إن حس الفكاهة هو أفضل مؤشر على أنك ستتعافى؛ وغالبًا ما يكون هو أفضل مؤشر على أن الناس سيحبونك. حافظ على ذلك وسيكون لديك أمل.

بالطبع قد يكون من الصعب الحفاظ على حس الفكاهة في أثناء تجربة ليست فكاهية مطلقًا. لكن من الضروري بشكل عاجل القيام بذلك. أهم شيء يجب أن تتذكره في أثناء فترة الاكتئاب هو: أنك لا تستعيد الوقت؛ فأنت لا تأخذ وقتًا إضافيًّا في نهاية حياتك للتعويض عن سنوات الاكتئاب الكارثية. فأي وقت يلتهمه الاكتئاب ذهب إلى الأبد. الدقائق التي تمر عليك وأنت تعاني هي دقائق لن تعود مرة أخرى. بغض النظر عن مدى شعورك بالسوء، عليك أن تفعل كل ما بوسعك لتستمر في الحياة، حتى لو كان كل ما يمكنك فعله في هذه اللحظة هو التنفس. انتظر حتى النهاية واشغل وقت الانتظار هذا بكل ما تستطيع أن تشغله به. هذه نصيحتي الكبيرة للأشخاص المكتئبين. تمسَّك بالوقت؛ لا ترغب في أن تفنى حياتك. حتى الدقائق التي تشعر فيها أنك سوف تنفجر هي دقائق من حياتك، ولن تحصل على تلك الدقائق مرة أخرى.

نحن نؤمن بكيمياء الاكتئاب بتعصب مذهل. عندما نحاول التمييز بين الاكتئاب والشخص الذي يعانيه، فإننا ننخرط في نقاش قديم حول الحدود بين الصفات المتأصلة في المرء وتلك التي تنشأ حديثًا أو تتأثر. وفي محاولتنا لفصل الاكتئاب عن الشخص والعلاج عن الشخص، فإننا نفكِّك الشخص ونحوله إلى عدم. كتب توماس ناجل في كتابه «إمكانية الإيثار»: «إن الحياة البشرية لا تتكون في المقام الأول من الاستقبال السلبي للمحفزات، سواء كانت ممتعة أو غير سارة، مُرضية أو غير مُرضية؛ بل تتكون إلى حد كبير من الأنشطة والمساعي. يجب على الإنسان أن يعيش حياته؛ فالآخرون ليسوا في وضع يسمح لهم بأن يعيشوها بدلًا منه، ولا هو في وضع يسمح له بأن يعيش حياتهم».[2] فما هو الطبيعي، أو الأصيل؟ من الأفضل للمرء

أن يبحث عن حجر الفلاسفة أو إكسير الشباب بدلًا من البحث عن الكيمياء الحقيقية للعاطفة، والأخلاق، والألم، والإيمان، والصلاح.

وهذه ليست مشكلة جديدة. في مسرحية شكسبير المتأخرة «حكاية الشتاء»، تناقش بيرديتا وبوليكسين حدود الواقعي والمصطنع -الطبيعي والمصنوع- في الحديقة. تثير بيرديتا مخاوف بشأن تطعيم النباتات باعتباره «فنًّا... يتشارك الإبداع مع الطبيعة الخلاقة الرائعة». يجيب بوليكسينس:

ولكن ليس هناك طريقة تحسن الطبيعة
إلا تلك التي خلقتها الطبيعة نفسها
لذا، فإن المهارة التي تدعين أنها تعزز الطبيعة
هي في الواقع مهارة تخلقها الطبيعة
الفن نفسه هو الطبيعة
صحيح عزيزتي أن هذه مهارة تعمل على تحسين الطبيعة
أو، بشكل أكثر دقة، تغيرها
لكن المهارة في حد ذاتها جزءٌ طبيعي من الطبيعة

أنا سعيد جدًّا لأننا اكتشفنا كل الطرق لفرض الفن على الطبيعة: أي أننا فكرنا في طهي طعامنا والجمع بين مكونات من خمس قارات مختلفة في طبق واحد؛ وأننا ربينا سلالاتنا الحديثة من الكلاب والخيول؛ وأننا استخرجنا المعادن من الأرض وشكَّلناها؛ وأننا قمنا بتهجين الفواكه البرية لنصنع الخوخ والتفاح كما نعرفهم اليوم. وأنا سعيد أيضًا لأننا اكتشفنا كيفية صنع التدفئة المركزية والسباكة الداخلية، وكيفية بناء المباني الضخمة، والسفن، والطائرات. أشعر بسعادة غامرة بفضل وسائل الاتصال السريع؛ فأنا أعتمد بشكل كبير على الهاتف والفاكس والبريد الإلكتروني. وأنا سعيد لأننا اخترعنا تقنيات للحفاظ على أسناننا من التسوس، وللحفاظ على أجسادنا من أمراض معينة، وإطالة أعمارنا. أنا لا أنكر أنه كانت هناك عواقب سلبية لكل هذا الفن، بما في ذلك التلوث والاحتباس الحراري؛ والاكتظاظ السكاني؛ والحرب وأسلحة الدمار الشامل. لكن بشكل عام، قادنا فننا إلى الأمام، ومع تكيفنا مع كل تطور جديد، أصبح الأمر يبدو مألوفًا تمامًا. لقد نسينا أن الزهور ذات البتلات التي نحبها كثيرًا كانت ذات يوم تحديًا مخزيًا للطبيعة، التي لم تنتج مثل هذه الزهور في غابات العالم حتى تدخَّل البستانيون. عندما بنى القندس سده لأول مرة، أو عندما قشرت القرود الموز، هل كان ذلك فنًّا أم طبيعة؟ هل حقيقة أن الله خلق العنب الذي يتحول إلى مسكر تجعل السُّكر حالة

طبيعية بطريقة أو بأخرى؟ هل لا نصبح أنفسنا عندما نكون في حالة سكر؟ أو عندما نجوع أو نشبع؟ إذن مَن نحن في الأساس؟

إذا كان تطعيم النبات هو مثال للاعتداء على الطبيعة في القرن السابع عشر، فإن مضادات الاكتئاب والتلاعب الجيني الذي سيصبح أكثر احتمالًا من أي وقت مضى هو مثال للاعتداء على الطبيعة في القرن الحادي والعشرين. تنطبق المبادئ نفسها التي عُبِّر عنها منذ أربعمائة عام على تقنياتنا الأحدث، التي تبدو بالمثل وكأنها تراجع وتعدِّل النظام الطبيعي للأشياء. إذا كانت البشرية هي من نتاج الطبيعة، فكذلك اختراعاتنا. مهما كانت قوة الحياة الأصلية التي صنعت الأميبا الأولى، فقد صنعت أيضًا دماغًا بشريًّا يمكن أن يتأثر بالمواد الكيميائية، وخلقت بشرًا يمكنهم في النهاية معرفة المواد الكيميائية التي يجب تصنيعها وبأي تأثير. عندما نصلح الطبيعة، أو نغيرها، فإننا نفعل ذلك باستخدام التقنيات المتاحة لنا من خلال مجموعة معينة من الأفكار من العالم الطبيعي. من هي ذاتي الحقيقية؟ ذاتي الحقيقية هي الشخص الذي يعيش في عالم تكون فيه جميع أنواع التلاعبات ممكنة، وقد قبلت بعضًا من هذه التلاعبات. هذه هي ذاتي. ذاتي المريضة ليست ذاتًا أكثر أو أقل أصالة؛ وذاتي المتعافية ليست ذاتًا أكثر أو أقل أصالة.

أن تكون شخصًا جيدًا هو صراع مستمر. ربما لم يكن أمام خطيب صديقتي خيار سوى التصرف كالأحمق؛ وربما كان الفساد الأخلاقي متأصلًا في عقله. ربما وُلِد زوج صديقتي الأخرى فظًّا وقاسيًا. لكن لا أعتقد أن الأمر بهذه البساطة. أعتقد أن كل واحد منا لديه شيء يسمى الإرادة؛ أرفض فكرة الأقدار الكيميائية، وأرفض الثغرة الأخلاقية التي تخلقها. هناك وحدة في هويتنا، وكيف نسعى لنكون جيدين، وكيف ننهار، وكيف نعيد بناء أنفسنا. وهي تشمل تناول الأدوية والصدمات الكهربائية والوقوع في الحب وعبادة الآلهة والعلوم. خرجت أنجيل ستاركي، بتفاؤل شديد، لتقديم محضرات تعريفية عن الحياة في مستشفى نوريستاون. وأمضت -بحنان لا نهائي- ساعات طويلة في محاولة تعليم زميلتها في الغرفة كيفية تقشير الخيار. وأخذت وقتًا لكتابة أفكارها لي حتى تتمكن من مساعدتي في هذا الكتاب. كما تنظف منزل والدتها بتفانٍ كبير. صحيح أن الاكتئاب يؤثر على أدائها، ولكن ليس على شخصيتها.

يود المرء أن يرسم بوضوح حدود الذات. لكن في الواقع، لا توجد ذات جوهرية تقبع نقية مثل الذهب تحت فوضى التجربة والكيمياء. إن الكائن البشري عبارة عن سلسلة من الذوات التي تخضع لبعضها بعضًا أو تختار بعضها بعضًا. كل منا هو مجموع اختيارات وظروف معينة؛ فالذات موجودة في المساحة الضيقة التي يجتمع فيها العالم واختياراتنا. أفكر في والدي، أو في الأصدقاء الذين جاؤوا للبقاء معي خلال فترة اكتئابي الثالثة. هل من الممكن أن تذهب إلى عيادة الطبيب وتتلقى العلاج وتخرج قادرًا على هذا الكرم والحب؟ يتطلب الكرم والحب إنفاقًا كبيرًا للطاقة والجهد والإرادة. هل نتخيل أنه في يوم من الأيام ستكون هذه الصفات متاحة مجانًا، وأننا سنحصل على حقن شخصية، لجعل كل واحد منا يُشبه بسهولة

شخصيات مثل غاندي والأم تيريزا؟ هل للأشخاص المميزين دور في هذا التميز، أم أن هذا التميز أيضًا هو مجرد بناء كيميائي عشوائي؟

أقرأ الأقسام العلمية في الصحف وأنا ممتلئ بالأمل بأن أجد بعض الحلول السحرية تحل محل مضادات الاكتئاب. إذ لم يعد من المستبعد أن نرسم خريطة لكيمياء الدماغ ونكون قادرين على إعطاء شخص ما علاجًا يجعله يقع في حب شخص آخر بجنون في ظل ظروف معينة. ولن يمر وقت طويل حتى تتمكن من الاختيار بين الحصول على علاج كلامي لإصلاح الزواج السيئ أو تجديد افتتانك بشريكك من خلال تدخلٍ الصيدلي. كيف سيكون الأمر لو كشفنا أسرار الشيخوخة وأسرار كل إخفاقاتنا وربَّـينا جنسًا من الآلهة بدلًا من البشر، أي كائنات تعيش إلى الأبد خالية من الحقد والغضب والغيرة، وتتصرف بحماسة أخلاقية وتعمل بحماس وتفانٍ للحفاظ على السلام العالمي؟ ربما سيحدث كل هذا، لكن من خلال تجربتي، فإن كل الأدويةِ الموجودة في العالم لا يمكن أن توفر لك أكثر من وسيلة لكي تعيد أنت إحياء نفسك، لكن الدواء لن يعيد إحياءك. لا يمكننا أبدًا الهروب من الاختيار نفسه. إن ذات المرء تكمن في الاختيار، في كل خيار بسيط نتخذه في كل يوم. أنا من أختار تناول دوائي مرتين في اليوم. أنا من أختار التحدث مع والدي. أنا من أختار أن أتصل بأخي، ومن أختار أن أمتلك كلبًا، ومن أختار النهوض من السرير (أو لا) عندما يرن المنبه، وأنا من أكون قاسيًا في بعض الأحيان. هناك كيمياء وراء كتابتي لهذا الكتاب، وربما إذا تمكنت من معرفة تلك الكيمياء، فيمكنني تسخيرها لكتابة كتاب آخر، لكن هذا أيضًا سيكون خيارًا. يبدو لي أن الاختيار دليل أكثر إقناعًا على الوجود من التفكير. إن بشريتنا لا تكمن في كيميائنا ولا في الظروف، ولكن في إرادتنا للعمل بالأساليب والوسائل المتاحة لنا من خلال العصر الذي نعيش فيه، ومن خلال شخصيتنا، ومن خلال ظروفنا وأعمارنا.

في بعض الأحيان أتمنى أن أرى دماغي. أود أن أرى التعرجات والبصمات الفريدة المنحوتة فيه. أتخيله رماديًّا، ورطبًا، ومعقدًا. أفكر فيه وهو يقبع في رأسي، وأحيانًا أشعر كما لو أن هناك شيئين: أنا الذي أعيش الحياة، وذلك الشيء الغريب العالق في رأسي الذي يعمل أحيانًا، وأحيانًا لا يعمل. إنه لأمر غريب جدًّا. هذا أنا. وهذا دماغي. وهذا هو الألم الذي يعيش في دماغي. انظر هنا ويمكنك أن ترى أين خدش الألم هذا الشيء، وما هي الأماكن المعقدة والمتكتلة، وما هي الأماكن المتوهجة.

يمكن القول إن الأشخاص المصابين بالاكتئاب لديهم على الأرجح رؤية أكثر دقة للعالم مقارنة بالأشخاص غير المصابين بالاكتئاب. أولئك الذين يشعرون بأنهم غير محبوبين هم على الأرجح أقرب إلى الحقيقة من أولئك الذين يعتقدون أنهم محبوبون من الجميع. إذ قد يكون لدى المصاب بالاكتئاب حكم أفضل من الشخص السليم. أظهرت الدراسات أن الأشخاص المكتئبين وغير المصابين بالاكتئاب جيدون بالقدر نفسه في الإجابة عن الأسئلة المجردة. ومع ذلك، عند سؤالهم عن سيطرتهم على حدث ما، بينما يعتقد الأشخاص غير المكتئبين

دائمًا أن لديهم سيطرة أكبر مما لديهم بالفعل، يقدم الأشخاص المكتئبون تقييمًا دقيقًا. ففي دراسة أُجريت على إحدى ألعاب الفيديو، عرف الأشخاص المكتئبون الذين لعبوا لمدة نصف ساعة عدد الوحوش الصغيرة التي قتلوها؛ بينما خمَّن الأشخاص غير المكتئبين أربعة إلى ستة أضعاف ما أصابوه بالفعل. وقد لاحظ فرويد أن الشخص الكئيب لديه «عين أكثر حرصًا على الحقيقة من الآخرين الذين لا يعانون الكآبة».[3] إن الفهم الدقيق تمامًا للعالم والذات لم يكن له أولوية تطورية؛ فهو لم يكن يساعد في تحقيق الهدف المتمثل في الحفاظ على الأنواع. إن النظرة المتفائلة أكثر مما ينبغي تؤدي إلى خوض مجازفات حمقاء، لكن التفاؤل المعتدل يشكل ميزة انتقائية قوية. كتبت شيلي تايلور في كتابها الأخير «الأوهام الإيجابية المذهلة»: «إن الفكر والإدراك البشريين الطبيعيين، لا يتميزان بالدقة، بل بالأوهام الإيجابية حول الذات، والعالم، والمستقبل. علاوة على ذلك، تبدو هذه الأوهام في الواقع وكأنها قابلة للتكيف، وتعزز الصحة النفسية بدلًا من أن تقوضها... يبدو أن الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب الخفيف لديهم رؤية أكثر دقة لأنفسهم والعالم والمستقبل من الأشخاص العاديين... ومن الواضح أنهم يفتقرون إلى الأوهام الموجودة في الأشخاص العاديين التي تعزز الصحة النفسية وتحميهم من النكسات».[4]

حقيقة الأمر هي أن الفلسفة الوجودية حقيقية مثل النزعة الاكتئابية؛ فالحياة عبثية. لا يمكننا أن نعرف لماذا نحن هنا. ودائمًا ما يكون الحب غير مثالي. وعزلة الأجساد الفردية أمر لا يمكن التغلب عليه. ومهما فعلت على هذه الأرض ستموت في الأخير. إن القدرة على تحمل هذه الحقائق القاسية، والتركيز على جوانب أخرى من الحياة، والمثابرة -الكفاح والسعي وعدم الاستسلام- هي ميزة تطورية انتقائية. أشاهد لقطات التوتسي في رواندا أو جحافل الجياع في بنجلاديش؛ الأشخاص الذين فقدوا، في كثير من الحالات، جميع أفراد عائلاتهم وكل شخص عرفوه، وليس لديهم أي آفاق مالية من أي نوع، وغير قادرين على العثور على الطعام، ويعانون أمراضًا مؤلمة. إنهم أناسٌ ليس لديهم أي احتمال للتحسن تقريبًا، ومع ذلك يستمرون في العيش! فإما أن يكون لديهم عمى حيوي يجعلهم يواصلون معركة الوجود، وإما رؤية تتجاوز حدودي. أما الأشخاص المصابون بالاكتئاب فيرون العالم بوضوحٍ شديد، وبالتالي يفقدون الميزة التطورية للعمى.

الاكتئاب الحاد هو معلم شديد القسوة؛ إذ لا يحتاج المرء إلى الذهاب إلى الصحراء لتجنب قضمة الصقيع. معظم الآلام النفسية في العالم لا داعي لها؛ ومن المؤكد أن الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب الشديد يعانون الألم الذي سيكون من الأفضل السيطرة عليه. ومع ذلك، أعتقد أن هناك إجابة عن السؤال حول ما إذا كنا نريد السيطرة الكاملة على حالاتنا العاطفية، أو مسكنًا عاطفيًّا مثاليًّا يجعل الحزن غير ضروري مثل الصداع. إن وضع حد للحزن يعني ترخيص السلوك الوحشي؛ فإذا لم نندم أبدًا على عواقب أفعالنا، فسرعان ما سندمر بعضنا بعضًا والعالم. الاكتئاب هو خلل في عمل الدماغ، وإذا كان الكورتيزول لديك خارج نطاق

السيطرة، فيجب عليك إعادته إلى حالته الطبيعية. لكن لا تنجرف. إن التخلي عن الصراع الأساسي بين ما نشعر بالرغبة في القيام به وما نفعله، وإنهاء الحالة المزاجية المظلمة التي تعكس هذا الصراع وصعوباته يعني التخلي عما يعنيه أن نكون بشرًا؛ يعني التخلي عما هو جيد في كوننا بشرًا. قد يفتقر بعض الأفراد إلى ما يكفي من القلق والحزن لإبعادهم عن المشكلات، ومن المرجح ألا تكون حالتهم جيدة. إن الإفراط في البهجة والتهور قد يؤدي إلى القسوة، والنفوس التي تتمتع بمثل هذه الصفات قد لا تقدِّر قيمة اللطف.

غالبًا ما يكون لدى الأشخاص الذين عانوا الاكتئاب واستقروا وعي متزايد ببهجة الحياة اليومية. إذ يكون لديهم القدرة على نوع من النشوة الجاهزة والتقدير الشديد لكل ما هو جيد في حياتهم. لو كانوا أشخاصًا لطيفين في الأساس، فقد يصبحون أكثر لطفًا. ويمكن قول الشيء نفسه عن الناجين من أمراض أخرى، ولكن حتى الشخص الذي نجا بأعجوبة من أسوأ أنواع السرطان لا يتمتع بالمرح، أو نزعة الفرح التي تثري حياة أولئك الذين مروا باكتئاب حاد. وقد فُصِّلت هذه الفكرة في كتاب إيمي جوت «الاكتئاب المُنتِج وغير المنتِج»، الذي تشير فيه أن فترة السبات والسكون الطويلة التي يفرضها الاكتئاب، والتأمل الذي يستمر خلال تلك الفترة، غالبًا ما يدفعان الناس إلى تغيير حياتهم بطرق مفيدة، وبخاصة بعد الخسارة.[5]

إن معاييرنا كبشر تختلف عن الواقع. إذ ما الذي يعنيه استحداث الأدوية والتقنيات التي تخفف من الاكتئاب التي قد تؤثر في النهاية حتى على الحزن؟ يقول عالم النفس التطوري راندولف نيسي: «يمكننا الآن السيطرة على الألم الجسدي معظم الوقت، لكن ما مقدار الألم الجسدي الذي نحتاج إليه حقًّا؟ ربما خمسة بالمائة مما نشعر به؟ نحتاج إلى الألم الذي ينبهنا إلى الإصابة، لكن هل نحتاج حقًّا إلى الألم المستمر؟ اسأل شخصًا مصابًا بالتهاب المفاصل الروماتويدي المزمن أو التهاب القولون أو الصداع النصفي! ولكن ما هو مقدار الألم النفسي الذي نشعر به والذي نحتاج إليه حقًّا؟ أكثر من خمسة بالمئة؟ ما الذي يعنيه إذا كان بإمكانك تناول حبة في اليوم التالي لوفاة والدتك والتحرر من آلام الحزن المؤلمة وغير المنتجة؟» وجدت الطبيبة النفسية الفرنسية جوليا كريستيفا وظيفة نفسية عميقة للاكتئاب. «إن الحزن الذي يغمرنا، والسبات الذي يصيبنا بالشلل، هما أيضًا درع -وأحيانًا الأخير- ضد الجنون». ربما يكون من الأسهل أن نقول ببساطة إننا نعتمد على أحزاننا أكثر مما نعرف.

لقد بات يتزايد استخدام مضادات الاكتئاب مع سعي الناس إلى تطبيع ما صُنِّف حديثًا على أنه غير طبيعي، و«تعميمه والتقليل من شأنه»، كما تشير مارثا مانينج، التي كتبت ببلاغة عن اكتئابها الشديد. لقد كُتِبت أكثر من 60 مليون وصفة طبية لمثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية في عام 1998، ناهيك بعدد كبير من مضادات الاكتئاب التي لا تحتوي على مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية. توصف الآن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية لمن يعانون الحنين إلى الوطن، واضطرابات الأكل، والدورة الشهرية، وآلام المفاصل المزمنة، والأهم من ذلك كله، الحزن الخفيف والحزن العادي.[6] وليس فقط الأطباء النفسيون هم من

يصفونها ولكن أيضًا من الأطباء العامين. لقد قابلت أحد الأشخاص الذي كان طبيب تقويم الأقدام الذي يعالجه هو من وصف له برزواك. عندما سقطت طائرة تي دبليو إيه الرحلة رقم 800، قُدِّمت أدوية مضادة للاكتئاب للعائلات التي تنتظر أخبارًا عن أحبائها بطريقة تُشبه تقديم وسائد أو بطانيات إضافية.[7] ليس لدي أي مشكلة مع هذا الاستخدام الواسع النطاق بحد ذاته، ولكن أعتقد أنه يجب أن يحدث عن علم وتأمل.

يُقال إن كل شخص لديه فضائل عيوبه. فهل إذا ألغى الإنسان العيوب، تزول الفضائل أيضًا؟ يقول راندولف نيسي: «نحن ما زلنا في فجر الوفرة الدوائية. من المرجح أن تجعل الأدوية الجديدة منع العديد من المشاعر غير المرغوب فيها سريعًا وسهلًا ورخيصًا وآمنًا. أعتقد أننا سنصل إلى تلك المرحلة قريبًا، وأعتقد أنه ينبغي علينا، لأنه إذا كان الناس قادرين على جعل أنفسهم يشعرون بالتحسن، فإنهم عادة ما يفعلون ذلك. أستطيع أن أتخيل أن العالم في غضون بضعة عقود من الزمن سيصبح مدينة فاضلة دوائية؛ لكن أستطيع بالقدر نفسه أيضًا أن أتخيل الناس وهم يهملون بسهولة جميع مسؤولياتهم الاجتماعية والشخصية نتيجة الراحة والاسترخاء الذي ستجلبه تلك الأدوية». يقول روبرت كليتسمان من جامعة كولومبيا: «لم نواجه مثل هذا التحول الدراماتيكي منذ كوبرنيكوس. وفي القرون القادمة، قد تكون هناك مجتمعات جديدة تنظر إلينا كمخلوقات كانت مستعبدة ومعوقة بسبب المشاعر غير المنضبطة». إذا كان الأمر كذلك، فسوف نفقد الكثير؛ لكن لا شك أننا سنكسب الكثير أيضًا.

عندما تصاب بالاكتئاب، فإنك تفقد بعضًا من خوفك من الأزمات. لدي العديد من العيوب والمشكلات، لكنني شخص أفضل مما كنت عليه قبل أن أمر بكل هذا. كنت بحاجة إلى الشعور بالاكتئاب قبل أن أرغب في كتابة هذا الكتاب. حاول بعض الأصدقاء ثنيي عن الدخول في علاقات مع الأشخاص الذين كنت أكتب عنهم. كنت أود أن أقول إن الاكتئاب جعلني أكثر تركيزًا على الغير وإنني أصبحت أحب الفقراء والمضطهدين، لكن هذا ليس ما حدث تمامًا. إذا مررت بمثل هذا الشيء، فلا يمكنك مشاهدته وهو يتكشف في حياة شخص آخر دون أن تشعر بالرعب. من الأسهل بالنسبة لي، في كثير من النواحي، أن أغرق نفسي في أحزان الآخرين من أن أشاهد هذا الحزن وأبقى بعيدًا عنه. أكره الشعور بالعجز وأجد بعض السلام في الاهتمام بشخص ما بدلًا من الحفاظ على المسافة بيننا. عندما أشاهد معاناة أولئك الذين يكافحون الاكتئاب، فإن ذلك يجبرني على التصرف؛ إذ أشعر بالرغبة في المساعدة. بالنسبة لي، فإن عدم التدخل يشبه مشاهدة شخص ما يسكب نبيذًا فاخرًا على مائدة العشاء؛ فبالتأكيد من الأفضل والأسهل وضع الزجاجة في وضع مستقيم وتنظيف الفوضى بدلًا من تجاهل ما يحدث.

الاكتئاب في أسوأ حالاته هو الوحدة في أكثر أشكالها رعبًا، ومنه تعلمت قيمة العلاقة الحميمة. عندما كانت والدتي تصارع السرطان، قالت ذات مرة: «كل ما يفعله الناس من أجلي رائع، ولكن لا يزال من المروع أن أكون وحيدة في هذا الجسد الذي انقلب ضدي». وإنه لأمر

مروع –بالقدر نفسه على أقل تقدير- أن تكون وحيدًا في عقل يكون ضدك. ماذا يمكنك أن تفعل عندما ترى شخصًا آخر محاصرًا في عقله؟ لا يمكنك إخراج شخص مكتئب من بؤسه بالحب (على الرغم من أنه يمكنك في بعض الأحيان إلهاء الشخص المكتئب). يمكنك، في بعض الأحيان، أن تنضم إلى شخص ما في المكان الذي يقيم فيه. لكن ليس من اللطيف أن يجلس المرء في ظلام عقل شخص آخر، على الرغم من أنه من الأسوأ أن نشاهد تحلل عقله من الخارج. يمكنك أن تقلق من مسافة بعيدة، أو يمكنك أن تقترب أكثر فأكثر. في بعض الأحيان يكون الطريق إلى القرب هو الصمت، أو حتى الابتعاد. إن الاكتئاب يسبب الوحدة قبل كل شيء، لكنه يمكن أن يولد عكس الوحدة. أنا الآن أحب أكثر وهذا بسبب اكتئابي، ويمكنني أن أقول الشيء نفسه بالنسبة إلى العديد من الأشخاص الذين رأيتهم في هذا الكتاب. لقد سألني الكثير من الناس عما يجب أن يفعلوه للأصدقاء والأقارب المكتئبين، وإجابتي بسيطة في الواقع: تخفيف عزلتهم. افعل ذلك بتناول الشاي معهم أو بالأحاديث الطويلة أو بالجلوس في غرفة قريبة والتزم الصمت أو بأي طريقة تناسب الظروف، لكن افعل ذلك. وافعل ذلك عن طيب خاطر.

قالت ماجي روبنز، التي عانت صراعات مع الهوس الاكتئابي: «كنت أشعر بالتوتر كثيرًا وأظل أتحدث وأتحدث. وبعد ذلك بدأت العمل التطوعي في دار لرعاية مرضى الإيدز. كان من المفترض أن أساعدهم في إحضار الشاي والكعك والعصير للمرضى، وأن أجلس معهم وأتحدث، لأن الكثير منهم لم يكن لديهم أشخاص لزيارتهم وكانوا وحيدين. أتذكر أنني جلست في وقت مبكر من أحد الأيام مع بعض الأشخاص وحاولت بدء محادثة بسؤالهم عما فعلوه في الرابع من يوليو. لقد ردوا بإيجاز، ولكن المحادثة لم تتدفق كما كنت أتوقع. اعتقدت أن هذا ليس ودودًا أو مفيدًا لهم. لكن أذهلني أن هؤلاء الأفراد لم يكونوا ميالين للانخراط في محادثات قصيرة، وبعد تلك الردود الأولية، لم يرغبوا في التحدث على الإطلاق. ومع ذلك، لم يريدوا مني أن أغادر. لذلك، اتخذت قرارًا بأن أكون معهم ببساطة. أدركت أنني شخص غير مصاب بالإيدز، ولست مريضة بشكل واضح، ولا أواجه الموت الوشيك. كنت أستطيع تحمل وضعهم، لذلك بقيت معهم بعد ظهر ذلك اليوم دون أن أتحدث. المحبة هي أن تكون موجودًا ومهتمًّا، دون قيد أو شرط. إذا كان الشخص يمر بمعاناة فهو يمر بمعاناة. تقبل ذلك وكن معه بدلًا من أن تحاول بجنون –أو بشكلٍ أخرق- أن تخلصه من تلك المعاناة. لقد تعلمت كيفية القيام بذلك.

يظل الناجون من الاكتئاب يتناولون العلاجات. يتلقى البعض العلاج النفسي الديناميكي، ويتلقى البعض الآخر العلاج بالصدمات الكهربائية، أو حتى يخضعون لعملية جراحية. لا يمكنك اختيار ما إذا كنت ستصاب بالاكتئاب ولا يمكنك اختيار متى أو كيف تتحسن، ولكن يمكنك اختيار ما يجب فعله مع الاكتئاب، وبخاصة عند الخروج منه. يخرج بعض الأشخاص لفترة قصيرة وهم يعلمون أنهم سيستمرون في العودة مرة أخرى. ولكن عندما يخرجون،

يحاولون استخدام تجربتهم مع الاكتئاب لجعل حياتهم أفضل وأكثر ثراءً. وبالنسبة إلى البعض الآخر، الاكتئاب هو مجرد بؤس تام. إذ لم يحصلوا على أي شيء منه على الإطلاق. من الأفضل للأشخاص الذين يعانون الاكتئاب أن يبحثوا عن طرق يمكن أن تؤدي بها تلك التجربة. بعد وقوعها، إلى الحكمة. في رواية «دانيال ديروندا»، يصف جورج إليوت اللحظة التي يتحول فيها الاكتئاب، والإحساس الإعجازي بذلك. كانت ميرا مستعدة لقتل نفسها وسمحت لدانيال بإنقاذها. تقول: «ولكن في اللحظة الأخيرة -أمس، عندما اشتقت إلى أن يغمرني الماء وظننت أن الموت هو أفضل صورة للرحمة- جاءني الخير حيًّا، وشعرت بالثقة في الحياة». والخير لا يأتي حيًّا لأولئك الذين تكون حياتهم هادئة ومطمئنة تمامًا.

عندما داهمني الانهيار الثالث، ذلك الانهيار المصغر، كنت في المراحل الأخيرة من كتابة هذا الكتاب. وبما أنني لم أتمكن من التعامل مع أي نوع من الاتصالات خلال تلك الفترة، فقد وضعت رسالة رد تلقائي على بريدي الإلكتروني تفيد بأنه لا يمكن الوصول إليَّ مؤقتًا، ورسالة مماثلة على جهاز الرد الآلي الخاص بي. كان معارفي الذين عانوا الاكتئاب من قبل يعرفون ما الذي تعنيه هذه الرسائل. لذلك لم يضيعوا أي وقت. كما تلقيت العشرات والعشرات من المكالمات من أشخاص يعرضون كل ما يمكنهم تقديمه. كتبت لورا أندرسون، التي أرسلت أيضًا كميات كبيرة من الفاكهة: «سآتي لأبقى معك في اللحظة التي تطلب فيها ذلك، وسأبقى معك إلى أن تتحسن مهما طالت المدة. إذا كنت تفضل المجيء لهنا، فنحن نرحب بك دائمًا؛ إذ كنت بحاجة إلى المكوث معنا لعام، أبوابي دائمًا مفتوحة لك. أتمنى أن تدرك دومًا أنني سأكون موجودة دائمًا من أجلك». وراسلتني كلوديا ويفر وسألتني أسئلة من قبيل: «هل من الأفضل أن يتواصل شخص معك كل يوم أم أن الرسائل تشكل عبئًا كبيرًا عليك؟ إذا كانت تمثل عبئًا، فلست مضطرًّا إلى الإجابة عن هذا السؤال، ولكن إذا احتجت إلى أي شيء، فقط اتصل بي، في أي وقت، ليلًا أو نهارًا». واتصلت أنجيل ستاركي كثيرًا من الهاتف العمومي في المستشفى لمعرفة ما إذا كنت بخير. قالت: «لا أعرف ما الذي تحتاج إليه، ولكنني أشعر بالقلق عليك طوال الوقت. أرجوك اعتن بنفسك. دعنا نتقابل إذا كنت تشعر بالسوء حقًّا، في أي وقت. أود حقًّا أن أراك. إذا كنت بحاجة إلى أي شيء، سأحاول مساعدتك. عدني ألا تؤذي نفسك». وكتب لي فرانك روساكوف رسالة رائعة وذكَّرني بطبيعة الأمل الثمينة. وقال: «أشتاق إلى أخبار تفيد أنك بخير وأنك في مغامرة أخرى». كانت لدي علاقة قوية بكل هؤلاء الأشخاص، لكن تدفق دعمهم بهذا الشكل فاجأني. وقالت تينا سونيجو إنها مستعدة لأخذ إجازة من العمل إذ كنت في حاجة إليها، وإنها ستشتري لي تذكرة وتأخذني إلى مكان للاسترخاء. قالت لي: «أنا طباخة ماهرة أيضًا». وجاءت جانيت بنشوف إلى المنزل حاملة أزهار النرجس وأبيات متفائلة من قصائد تفاؤلية مكتوبة بخط يدها وحقيبة ممتلئة بملابسها حتى تتمكن من المكوث معي. فقط حتى لا أكون وحدي. لقد كانت استجابة مذهلة.

حتى أكثر التساؤلات اليائسة للمكتئب -«لماذا كل ذلك» أو «لماذا أنا؟»- تضع بذور الفحص الذاتي، وهي عملية عادة ما تكون مثمرة. تتحدث إميلي ديكنسون عن «ذلك القوت الأبيض: اليأس»[8]، ويمكن للاكتئاب بالفعل أن يبرر ويدعم الحياة. إن الحياة غير المدروسة ليست خيارًا لأولئك الذين يتعاملون مع الاكتئاب. ربما كان أهم ما أدركته ليس أن الاكتئاب أمر جذاب أو مقنع، ولكن أن أولئك الذين يتحملونه قد يصبحون أفرادًا جذابين نتيجة لذلك. آمل أن توفر هذه الحقيقة الأساسية القوت لأولئك الذين يعانون، وأن تلهم أولئك الذين يشهدون تلك المعاناة الصبر والمحبة. وأنا، مثل أنجيل، لدي مهمة تتمثل في تقديم تقدير الذات لأولئك الذين لا يملكونه. ولا آمل أن يتعلموا الأمل فحسب، بل أيضًا حب أنفسهم من خلال القصص الواردة في هذا الكتاب.

هناك قيمة كبيرة في أنواع محددة من الشدائد. لكن لن يختار أي منا أن يتعلم بهذه الطريقة؛ فالصعوبات بغيضة. أتوق إلى الحياة السهلة وأنا على استعداد لتقديم تنازلات كبيرة في سعيي لتحقيقها وقد قدمت بالفعل تنازلات كبيرة. لكنني وجدت أن هناك أشياء يمكن صنعها من الاكتئاب في الحياة، وأن هناك قيمًا يمكن العثور عليها فيه، على الأقل عندما لا يكون المرء في قبضته الأكثر حدة.

تحدث جون ميلتون في كتاب «آريوباجيتيكا» عن استحالة تقدير الخير دون معرفة الشر.[9] «الفضيلة التي لم تفكر في الشر، التي لم تألف وعود الرذيلة وترفضها، هي فضيلة غير كاملة، بل مجرد فضيلة فارغة وليست نقية». لذا فإن معرفة الحزن بشكل أعمق تصبح الأساس لتقدير الفرح بشكل كامل؛ فيكثف ذلك الفرح نفسه. وبعد ثلاثين عامًا، كان ميلتون الأكثر حكمة هو الذي كتب في ملحمة «الفردوس المفقود» عن الحكمة التي اكتسبها آدم وحواء بعد السقوط، حيث عرفا الطيف الكامل للبشرية:

... منذ اللحظة التي انفتحت فيها أعيننا
توصلنا إلى فهم كلٍّ من الخير والشر
ولكن فقدنا الخير واكتسبنا الشر نتيجة تلك المعرفة

هناك بعض المعرفة التي، على الرغم من كل ما تُعلمنا إياه، سيكون من الأفضل عدم اكتسابها. إن الاكتئاب لا يعلمنا الكثير عن السعادة فحسب، بل يطمسها أيضًا. إنه ثمرة المعرفة السيئة، وهي معرفة أُفضِّل ألا أحصل عليها أبدًا. ومع ذلك، بمجرد حصول المرء على المعرفة، يمكنه أن يسعى للخلاص.

هكذا يتكشف العالم أمامنا، ونحن نسير في طريق وحيد عليه آثار لا تمحى من معرفة مُرهقة لكنها لا تقدر بثمن. وباعتبارنا ناجين من هذه الرحلة الممتلئة بالتحديات، فإننا نتقدم بشجاعة وحكمة، مدفوعين بالعزم على اكتشاف ما هو جميل. لقد كان دوستويفسكي هو الذي قال: «لكن الجمال سينقذ العالم».[10] إن لحظة العودة من عالم اليأس والحزن دائمًا ما تكون إعجازية وجميلة بشكل مذهل. لذا على الرغم من الطبيعة غير المرغوب فيها للاكتئاب، فإن هناك شيئًا ذا قيمة ينتظر أولئك الذين يتحملونه. لقد أشار هايدجر أن الألم هو مصدر الفكر[11]، في حين اعتبره شيلينج جوهر الحرية[12] الإنسانية. وتعترف جوليا كريستيفا بالوضوح الفائق الذي يمكن أن يجلبه الاكتئاب، إذ تقول: «لقد منحني اكتئابي وضوحًا ميتافيزيقيًّا وأصقلني بشكلٍ لا مثيل له».[13]

أقيس درجة حرارتي العقلية كثيرًا. لقد غيرت عادات نومي. أصبحت أتخلى عن الأشياء بسهولة أكبر. أصبحت أكثر تسامحًا مع الآخرين، وأكثر تصميمًا على ألا أضيع الوقت السعيد الذي أجده. لقد حدث تحول دقيق بداخلي؛ أصبح إحساسي بذاتي الآن أكثر دقة وصقلًا. لم أعد أتحمل الصدمات بقوة كما كنت من قبل، ومع ذلك أصبحت هناك أيضًا ممرات رائعة وحساسة ومشرقة بداخلي. إن الندم على اكتئابي الآن سيكون كالندم على جزءٍ جوهري من نفسي. وعلى الرغم من أنني أعترف بأنني قد أشعر بالاستياء بسهولة وأشارك نقاط ضعفي مع الناس بالسهولة نفسها، فإنني أعتقد أيضًا أنني أصبحت أكثر كرمًا تجاه الآخرين مما كنت عليه من قبل.

قالت لي امرأة عانت الاكتئاب طوال حياتها: «المنزل أصبح فوضويًّا ولا أحد يهتم به. متى سيعود الاكتئاب؟ متى سيباغتني مرة أخرى؟ أبنائي يبقونني على قيد الحياة فقط. أنا مستقرة الآن، لكنه لا يتركني أبدًا. لا يمكنني نسيانه أبدًا، مهما كانت سعادتي في لحظة معينة».

أخبرتني مارثا مانينج في إحدى المحادثات، وقد أصبحت فجأة متحمسة: «لقد تصالحت مع فكرة أنني سأتناول الدواء لمدى الحياة، وأنا ممتنة لذلك. أحيانًا أنظر إلى تلك الحبوب وأتساءل، أهذا هو كل ما يحول بيني وبين العذاب؟ عندما كنت صغيرة، أستطيع أن أتذكر أنني لم أكن تعيسة، لكنني لم أستطع منع نفسي من التفكير في أنني يجب أن أعيش حياتي كلها، ربما ثمانون عامًا من هذا أو شيء من هذا القبيل. وبدا ذلك وكأنه عبء. كنت أرغب في إنجاب طفل آخر مؤخرًا، ولكن بعد الإجهاض مرتين، أدركت أنني لا أستطيع تحمل الضغط. لقد قلصت حياتي الاجتماعية. أنت لا تهزم الاكتئاب، بل تتعلم كيفية التعامل معه وتقدم تنازلات. تحاول البقاء مستقرًّا. يجب أن يكون لديك الكثير من العزم، وأن تبذل الكثير من الجهد والوقت في عدم الاستسلام. عندما تقترب جدًّا من الانتحار، فإذا مُنحت فرصة أخرى للحياة، فمن الأفضل أن تتمسك بها».

وفي سعينا للتمسك بالحياة، فإننا نتمسك بفكرة الاكتئاب المُنتِج، وهو أمر حيوي. قال فرانك روساكوف بعد بضعة أشهر من الخضوع لعملية جراحية في دماغه من المفترض أن يكون لها أثر علاجي: «إذا أتيحت لي الفرصة للقيام بذلك مرة أخرى، فلن أختار هذا الطريق». لقد أمضيت فترة ما بعد الظهر معه ومع والديه وطبيبه النفسي، وكانوا يناقشون الواقع المرير: وهو أن عملية البضع الحزامي cingulotomy لم تنجح بعد، وأنه قد يتعين عليه إجراء عملية جراحية ثانية. ومع ذلك، وبطريقته الشجاعة اللطيفة، كان يخطط للعودة إلى العمل في غضون ستة أشهر. «لكنني أعتقد أنني اكتسبت الكثير من هذه التجربة. لقد أصبحت أقرب كثيرًا إلى والديَّ وأخي وأصدقائي. كما أصبحت علاقتي مع طبيبي وثيقة». وعلى الرغم من الرحلة الصعبة، فإن شعوره بالهدوء والقبول الذي اكتسبه بشق الأنفس كان مؤثرًا حقًّا. «هناك بالفعل جوانب إيجابية للاكتئاب؛ من الصعب رؤيتها عندما تكون فيه». وفي وقت لاحق، بعد نجاح الجراحة، كتب: «قلت إنني إذا أتيحت لي الفرصة للقيام بذلك مرة أخرى، فلن أختار هذا الطريق. وما زلت أعتقد أن هذا صحيح. ولكن الآن بعد أن انقضى الأسوأ، فأنا ممتن لوجودي حيث كنت. أعتقد أنني أصبحت أفضل بعد أن ذهبت إلى المستشفى ثلاثين مرة وأجريت عملية جراحية في الدماغ. لقد التقيت الكثير من الأشخاص الطيبين على طول الطريق».

تقول كاي جاميسون: «لقد صُدمت كثيرًا عندما أدركت أنني وعقلي لن نكون على علاقة جيدة لبقية حياتي. لا أستطيع أن أخبرك بمدى سأمي من تجارب بناء الشخصية. لكني أُقدِّر هذا الجزء مني؛ فمن يحبني يحبني كلي بما في ذلك هذا الجزء».

ويقول روبرت بورستين: «زوجتي، التي تزوجتها منذ بضع سنوات فقط، لم ترَني مكتئبًا قط. لقد أطلعتها على الأمر، وسمحت للآخرين بالتحدث معها حول طبيعة الأمر. لقد بذلت قصارى جهدي لتهيئتها، لأنني بلا شك سأعاني اكتئابًا آخر. في وقت ما، خلال السنوات الأربعين القادمة، سوف يداهمني مرة أخرى وسأكون كالعاجز. وهذا يخيفني كثيرًا. إذا قال لي أحدهم: «سأخلصك من مرضك النفسي إذا قطعت ساقيك»؛ أعتقد أنني سأفكر في الأمر. ومع ذلك، قبل أن أمرض، كنت متعصبًا بشكل لا يمكن مقارنته، ومتعجرفًا بشكل لا يصدق، ولم يكن لدي أي فهم للضعف. لكنني أصبحت الآن شخصًا أفضل نتيجة مروري بكل هذا».

ويقول بيل شتاين: «الموضوع الأكثر أهمية في عملي هو الخلاص. ما زلت لا أعرف دوري في الحياة. تعجبني قصص القديسين والشهداء. لا أعتقد أنني أستطيع تحمل ما مروا به. لست مستعدًّا لإنشاء دار لرعاية المسنين في الهند، لكن الاكتئاب وضعني على المسار الصحيح. أقابل أشخاصًا وأعلم أنهم ليس لديهم مستوى الخبرة الذي أملكه. إن حقيقة إصابتي بهذا المرض الكارثي قد غيرت مشهدي الداخلي بشكل دائم. لقد كنت منجذبًا دائمًا إلى الإيمان والخير، لكن لم أكن لأمتلك الدافع والهدف الأخلاقي دون الانهيارات التي تعرضت لها».

وتقول تينا سونيجو: «لقد مشينا عبر الجحيم لنصل إلى الجنة. المكافأة التي حصلت عليها بسيطة جدًّا. أنا الآن قادرة على فهم الأشياء التي لم أكن أتمكن من فهمها من قبل؛ والأشياء التي لا أفهمها الآن، سأفهمها بمرور الوقت، إذا كانت مهمة. الاكتئاب هو المسؤول عن جعلي ما أنا عليه اليوم».

وتقول ماجي روبينز: «احتياجاتنا هي أعظم ما نمتلكه. إذا كانت احتياجاتنا تجعلنا نتعرف على أنفسنا، وأن ننفتح على الآخرين، فإنها يمكن أن تولد العلاقة الحميمة. أنا قادرة على أن أكون مع الناس فقط بسبب الأشياء التي أحتاج إليها منهم. وقد تعلمت أن أعطي كل الأشياء التي أحتاج إليها».

تقول كلوديا ويفر: «المزاج هو مكان آخر نستشكفه، مثل المحيط العميق أو الفضاء الشاسع. إن التعرض لنوبات كبيرة من انخفاض الحالة المزاجية قد عزز مرونتي. أجد أنني أتعامل مع الخسائر الصعبة بمهارة أكثر من كثيرين آخرين لأن لدي خبرة واسعة في التعامل مع المشاعر التي تنطوي عليها. الاكتئاب ليس عائقًا في طريقي. إنه جزء مني أحمله دومًا، وأعتقد أنه من المفترض أن يساعدني في نقاط مختلفة. كيف؟ لا أعرف. لكنني أومن باكتئابي، وبقوته التعويضية. أنا امرأة قوية جدًّا، ويرجع ذلك جزئيًّا إلى الاكتئاب».

وكتبت لورا أندرسون: «لقد منحني الاكتئاب اللطف والتسامح في المواقف التي لا يستطيع الكثيرون إظهارهما فيها؛ إذ أجد نفسي أتعاطف مع الأفراد الذين قد يوبِّخون الآخرين على خطأ ما، أو يُصرِّحون بملاحظة في غير محلها، أو يصدرون حكمًا لا معنى له. لقد تجادلت الليلة مع شخص ما حول عقوبة الإعدام، وكنت أحاول أن أشرح أنه يمكن للمرء أن يفهم الأفعال المروعة؛ أن يفهم الروابط الرهيبة بين المزاج والوظيفة والعلاقات وكل شيء. لا أريد أبدًا أن يكون الاكتئاب عذرًا عامًّا أو سياسيًّا، ولكنني أعتقد أنه بمجرد اجتيازه، ستحصل على فهم أكبر وأكثر فورية للأحكام السيئة التي يطلقها الناس التي تجعلهم يتصرفون بشكل سيئ للغاية؛ بل وربما تتعلم أيضًا كيف تتسامح مع الشر في العالم».

في اليوم السعيد الذي نتخلص فيه من الاكتئاب سنخسر معه الكثير. لو استطاعت الأرض إطعام نفسها وإطعامنا من دون مطر، ولو انتصرنا على الطقس وأصبحت الشمس مشرقة دائمًا، أفلن نفتقد الأيام الرمادية وعواصف الصيف؟ وكما تبدو الشمس أكثر إشراقًا وأكثر وضوحًا عندما تأتي في يوم نادر من أيام الصيف الإنجليزي بعد عشرة أشهر من السماء الكئيبة والملبدة بالغيوم، فإن السعادة التي تعقب الاكتئاب تبدو هائلة وشاملة وتتجاوز أي شيء تخيلته على الإطلاق. قد يبدو من الغريب أنني أحب اكتئابي، لكنني لا أحب تجربة الاكتئاب، بل أحب الاكتئاب نفسه. أحب كيف أكون في أعقابه. قال شوبنهاور: «يكون الإنسان هانئًا بقدر ما يكون متبلدًا ومنعدم الإحساس»[14]؛ وعندما سُئل تينيسي ويليامز عن تعريف السعادة، أجاب: «انعدام الإحساس».[15] أنا لا أتفق معهما. إذا ذهبت إلى معسكرات اعتقال

ونجوت منها، فسأعلم أنه إذا اضطررت إلى الذهاب إلى هناك مرة أخرى، فيمكنني النجاة منها مرة أخرى أيضًا. لقد أصبحت أكثر ثقة بطريقة لم أكن أتخيلها من قبل. وهذا تقريبًا (ولكن ليس تمامًا) يجعل الاكتئاب يبدو أن له قيمة. لا أعتقد أنني سأحاول قتل نفسي مرة أخرى؛ ولا أعتقد أنني سأتخلى عن حياتي بسهولة إذا وجدت نفسي في حرب، أو إذا تحطمت طائرتي في الصحراء. سأكافح بكل ما أملك من أجل البقاء. يبدو الأمر كما لو أنني وحياتي، بعد أن جلسنا في مواجهة بعضنا بعضًا، وكرهنا بعضنا بعضًا، ورغبنا في الهروب من بعضنا بعضًا، أصبحنا الآن مرتبطين إلى الأبد بقوة.

إن نقيض الاكتئاب ليس السعادة بل الحيوية، وحياتي وأنا أكتب هذا الآن حيوية، حتى عندما تكون حزينة. قد أستيقظ في وقت ما من العام المقبل وأجدني فقدت عقلي مرة أخرى؛ فهو ليس من المرجح أن يظل معي طوال الوقت. ومع ذلك، في هذه الأثناء، اكتشفت ما لا يمكنني وصفه إلا بالروح؛ وهو جانب من جوانب نفسي لم يكن من الممكن تصوره حتى أتتني زيارة غير متوقعة من الجحيم قبل سبع سنوات. إنه اكتشاف ثمين. أشعر كل يوم تقريبًا بلحظات مؤقتة من اليأس وأتساءل في كل مرة عما إذا كنت سأنزلق إلى الهاوية. في هذه اللحظات المرعبة، تراودني أفكار حول الرغبة في أن تدهسني سيارة. أو أتخيل السهولة التي أستطيع بها جرح معصمي، أو أن أتذوق الطرف المعدني للمسدس في فمي. حتى إنني أفكر في فكرة النوم وعدم الاستيقاظ مرة أخرى. أكره هذه المشاعر، لكنني أعلم أنها دفعتني إلى النظر بشكل أعمق في الحياة، والعثور على أسباب العيش والتشبث بها. لا أستطيع أن أجد بداخلي ندمًا تامًّا على المسار الذي اتخذته حياتي. فأنا في كل يوم، أختار -أحيانًا بشجاعة وأحيانًا مُتحديًا منطقي حينها- أن أكون على قيد الحياة. أليست هذه فرحة نادرة؟

ملحق

بعد خمسة عشر عامًا

لقد مرَّ عشرون عامًا منذ أول اكتئاب خطير أصابني. لقد بدأت أعانيه منذ منتصف حياتي تقريبًا، ولم أعد أستطيع أن أتخيل نفسي دونه. فهو لا يبدو وكأنه شيء حدث لي بقدر ما يبدو وكأنه جزء من هويتي. لم أعد أتخيل وقتًا سأتوقف فيه عن العلاج، مثلما لم أعد أتخيل الوقت الذي سأتوقف فيه عن الأكل أو النوم. إن تحديد إلى أي مدى يُشكِّلني الاكتئاب هو مهمة معقدة، لأنه يتشابك مع تجربتي الشخصية معه والهوية العامة التي كونتها من خلال مناقشته علانية. لقد حولتني كتابة هذا الكتاب إلى «مكتئب محترف»، وهو أمر غريب. لقد دعتني إحدى الجامعات التي تناول أحد أساتذتها كتابي لأكون محاضرًا ضيفًا. عندما كنت طالبًا جامعيًّا، كنت أحلم بأن أصبح كاتبًا بارعًا بحيث يدرس طلاب الجامعة أعمالي. لكنني لم أتخيل أن يكون العمل الذي سأكتبه هو مذكرات تُدرَّس في مُقرر دراسي عن علم النفس المرضي.

لقد أصبح التفكير في الاكتئاب بمنزلة تمرين في الجدلية. فمن ناحية، أصبحت حياتي أقل تأثرًا بهذه الحالة مما كانت عليه من قبل، حيث يبدو أحيانًا ظلام تلك النوبات الأصلية وكأنه حلم بعيد. ومن ناحية أخرى، فإن الشعور بالأمان هو غالبًا ما يكون مقدمة لإحدى الانتكاسات العرضية، وعندما يصيبني الاكتئاب، أشعر مرة أخرى أنني لن أهرب أبدًا من الظلام. لكنني أصبحت معتادًا مثل هذه الهفوات أكثر من أي وقت مضى؛ إذ أستطيع أن أشعر بالاكتئاب وهو يولد. ومن ناحية أخرى، يكون الأمر صادمًا في كل مرة؛ إذ أنسى كم يكون الأمر شاقًّا وصعبًا، أنسى الضيق الشديد الذي أشعر به في صدري، والخمول. أنسى سحق ذاتي، والنضال من أجل عدم تصديق كل فكرة مشوهة. عندما لا أشعر بالاكتئاب، أستمد القوة والجمال من الاكتئاب؛

لكن عندما أشعر بالاكتئاب، لا أجد مثل هذه الأشياء. على الرغم من أنني أصبحت أكثر مهارة في إخفاء آثاره ويمكنني أن أعمل بشكل جيد حتى عندما لا أشعر بجدوى شيء، لكن يظل القلق أسوأ عدو لي، وأستيقظ بين الحين والآخر وأنا أشعر بأن ما أواجهه أكثر مما أستطيع تحمله. يبدو أن نظام العلاج والأدوية هو ثمن بسيط يجب دفعه مقابل الاتزان النسبي، لكنني أكره الوقت والإدارة التي يتطلبها كل ذلك. أكره أن يكون لدي دماغ هش وأنني عندما أضع أي خطة يجب أن أضعها مع أخذ احتمال أن يخونني عقلي في الاعتبار. لذا فأنا لم أترك الاكتئاب خلفي؛ بل فقط أبقيه في مكانه.

لقد حظيت بأحداث سعيدة كثيرة خلال الأعوام العشرين الماضية. لقد التقيت صديقي العزيز جون، وهو أفضل شخص عرفته في حياتي. صحيح أننا يمكننا خلق جوانب معينة من الثبات لأنفسنا، ولكن الاستقرار يأتي أيضًا من الآخرين، وقد دعمني جون بشكلٍ كبير. يمكن أن ينتابني شعور شخصي بأن الحياة لا تطاق، لكنني عادةً ما أعرف فكريًّا أن ما أشعر به لا يتوافق مع ما هو حقيقي؛ إذ أحظى بحياة جميلة. لقد عثرت على طبيبٍ نفسي بارع صمَّم لي نظامًا دوائيًّا فعالًا في معظم الأوقات، مع آثار جانبية طفيفة نسبيًّا. وقد وضعنا معًا استراتيجيات لمعالجة المشكلات المحتملة. وبالنسبة إلى العلاج بالكلام، أزور محللًا نفسيًّا يتمتع بالحكمة والمرح. عندما تجاهلت ذات يوم بعض العلامات التحذيرية المبكرة للاكتئاب، قال لي: «لا تنسَ يا أندرو أبدًا أنك يمكنك أن تهبط لأسوأ حالة نفسية ممكنة بسرعة البرق».

أنظِّم حياتي جيدًا الآن ولا أفوت يومًا واحدًا من دوائي. وبمساعدة طبيبيَّ، أعدِّل الجرعات وأحاول تعديل سلوكي بمجرد أن ألاحظ أدنى إشارة إلى الانتكاس. أستخدم بروبرانولول -وهو أحد حاصرات بيتا- عندما أشعر بالقلق بشكل حاد، حيث يُبطئ ضربات قلبي ويسمح لي بالتنفس. وليس له التأثيرات المهدئة للبنزوديازيبينات. وفي عام 2012، زدت جرعتي من زيبركسا، الدواء الذي ساعد في تخفيف قلقي السريري على مدار الأعوام الخمسة عشر الماضية، ثم خفضته جزئيًّا بعد بضعة أشهر. استغرق الأمر مني ما يقرب من عامين لتخفيض الجرعات والاستقرار؛ وكان من الصعب للغاية إيجاد اللحظة المناسبة لمواجهة احتمال تصاعد القلق. أنا متعصب للغاية بشأن النوم وعلى استعداد لتأجيل أي شيء تقريبًا للتأكد من حصولي على ما يكفي منه. كما أمارس الرياضة بانتظام، من أجل صحتي النفسية والعقلية بقدر ما هي من أجل صحتي الجسدية. أتناول كميات قليلة من الكحول وكميات أقل من الكافيين (على الرغم من أنني أعاني ضعفًا تجاه الشوكولاتة، التي، للأسف، لا أستطيع تناولها إذا كنت أشعر بالقلق).

وفي الوقت نفسه، هناك بعض التنازلات التي لا أرغب في تقديمها. أعيش حياة ممتلئة ورائعة، ولن أقلصها. أذهب إلى كل مكان وأتعامل مع الكثير من الناس؛ وأنا معجب بأفكاري الخاصة ومتعطش لأفكار الآخرين. أنا أخرق ولكن متحمس للعائلة والأصدقاء والعمل. أُفضل أن أتناول أدويتي وأعيش في العالم بدلًا من تقليلها والانعزال. عندما أكون بصحة جيدة، أفعل

كل ما بوسعي، وفي بعض الأحيان يبدو ذلك مثل الاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني. لكن سلوكي ليس هوسًا؛ بل إنه يعكس فهمي أن قدرتي على عيش حياتي بهذه الطريقة يمكن أن تتخلى عني في أي وقت، وأنني يجب أن أستغل الفترات الجيدة بكل ما أستطيع.

يكون أطفالي في بعض الأحيان بمنزلة مضادات الاكتئاب بالنسبة لي. لقد وعدت نفسي بعدم التفكير في الانتحار أبدًا بمجرد أن أصبح أبًا، وألا أظهر اكتئابي في وجودهم إذا تمكنت، والوجود معهم يعزز ذلك جيدًا. فصوتهم وحده له تأثير سحري عليَّ عندما أشعر بالاكتئاب الخفيف إلى المتوسط. وعلى الرغم من أنهم يمكن أن يثيروا غضبي وقلقي في بعض الأحيان بالطبع، فإنهم لا يجعلونني أشعر أبدًا بأنني أقل انخراطًا في العالم. ومع ذلك، أحاول حمايتهم ليس فقط من اكتئابي، ولكن أيضًا من قدرتهم على التخفيف منه، لأنني لا أريدهم أن يأخذوا ذلك على أنه التزام واجبٌ عليهم. يمكن للحب أن يكون له تأثير كبير عندما يكون الاكتئاب في مراحله المبكرة. ولكن عندما تتصاعد الأمور فعليًا، فإن الكثير من ذلك التأثير يتلاشى. أستطيع أن أشعر أن الأمور أصبحت حرجة عندما يظل قلقي منيعًا أمام ضحك أطفالي. وفي تلك المرحلة، تكون مهمتي هي حماية الأطفال من حالتي النفسية، والتصرف بالطريقة التي أتمنى أن أشعر بها. وعلى الرغم من كونه مسعى مرهقًا بشكل لا يصدق، فإن هناك بعض الرضا الكئيب في تنفيذه بنجاح.

لقد اتسمت حياتي في القرن الحادي والعشرين بانتكاسات دورية. في عام 2002، حاولت التوقف عن استخدام زولوفت لفترة من الوقت هربًا من الآثار الجانبية الجنسية. وفجأة وجدت نفسي أتمتع بطاقة جنسية لا حدود لها، وصاحب ذلك أوهام بشأن جاذبيتي وقدراتي الجنسية. بدأت أشعر بلمحات جنسية في تفاعلاتي مع الأشخاص الغرباء. وبعد فترة وجيزة من هذه التطورات، بدأت أغرق في تيار اليأس الساحق الذي تجنبته لفترة طويلة. لقد استغرق الأمر نحو ستة أسابيع حتى أدركت أنني كنت أنحدر إلى الجنون التام. فاستأنفت تناول دواء زولوفت، واستقرت الأمور تدريجيًا.

في الكريسماس عام 2003، كنت قد اتخذت قرارًا مضللًا قبل شهر تقريبًا بالتوقف عن استخدام زيبريكسا لأنه كان يجعلني سمينًا وكسولًا. لذا فقد وجدت نفسي غير مستقر كيميائيًّا وعاطفيًّا. كنت بحاجة إلى إيجاد طريقة لتفسير مزاجي الكئيب على أنه يتعلق بشيء آخر. لكن الاكتئاب ضرب بكامل قوته. كنت تقريبًا غير قادر على التحدث نهائيًّا. قبل شهر من ذلك، كنت قد شاهدت مسرحية موسيقية محببة، والآن استمعت إلى تسجيلها مرارًا وتكرارًا، وشعرت وكأن الإيقاعات المبهجة لأغانيها المتفائلة كانت بمنزلة شريان حياتي نحو السعادة.

بعد الكريسماس مباشرة، كان من المفترض أن أسافر إلى القارة القطبية الجنوبية على متن طائرة عسكرية في مهمة صحفية وأعِد تقريرًا لمدة ثلاثة أيام. لقد كنت أرغب دائمًا في الذهاب إلى القارة القطبية الجنوبية، واشتريت كل الملابس والمؤن اللازمة. ومع ذلك، سرعان

ما أصبح واضحًا لي أنني لن أقوم بالرحلة، وأن تكاليفي غير القابلة للاسترداد ضاعت هباءً؛ وهي حماقة دفعتني إلى الجنون والفزع. والآن بعد أن أصبحت بصحة جيدة، لا أستطيع أن أرى ما الذي كان صعبًا للغاية. كل ما كان عليَّ فعله هو وضع بعض الملابس في الحقيبة والجلوس على متن الطائرة لبعض الوقت، ثم رؤية بعض المناظر الجميلة مع خبراء ودودين بهدف وصف التجربة لاحقًا. قبل أقل من عامين، كنت قد سافرت بشجاعة إلى أفغانستان خلال الحرب هناك لإعداد تقرير لصحيفة نيويورك تايمز.[1] الآن، شعرت وكأنني أختنق. شعرت وكأنني لا أستطيع التقاط أنفاسي. لقد خيبت آمال المحررين. وقد خيبت أملي أيضًا، لأنني كنت أعتقد أنني تجاوزت هذا النوع من الهراء الواضح. عندما أشعر أنني بخير، أعتقد أن الاكتئاب هو مجرد استسلام للكسل، وعدم رغبة في القيام بأشياء صعبة. ومع ذلك، عندما يسيطر الاكتئاب، فإنه يضربني بقوة، وأجد نفسي غير قادر على القيام حتى بأبسط المهام. لقد بدا السفر إلى القارة القطبية الجنوبية على متن طائرة عسكرية في ذلك الشتاء مستحيلًا بقدر السباحة إلى هناك من نيويورك. لذلك عدت إلى تناول زيبريكسا.

أحدث نوبة اكتئابية كبيرة تعرضت لها حدثت عندما نشرت كتابي «بعيدًا عن الشجرة: الآباء والأطفال والبحث عن الهوية»، في أواخر عام 2012. شعرت بالشعور المُهلك نفسه مجددًا. كنت قد أمضيت أكثر من عقد من الزمن في كتابة الكتاب، وأرعبني احتمال فشله. لقد أصابني اكتئابي الأصلي عندما نشرت روايتي «القارب الحجري» في عام 1994، وقد أثر هذا التزامن على كل تجاربي اللاحقة في النشر. الآن، كنت أخشى ألا يلاحظ أحد كتابي الجديد. كنت قلقًا من أن الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلات قد يجدون خطأً في عرضي للأمور. كنت قلقًا من أن أكون قد أغفلت بعض العيوب أو الثغرات الرهيبة فيما كتبته. ومع ذلك، في الغالب، لم أكن قلقًا بشأن أي شيء محدد؛ لقد كنت قلقًا فقط طوال الوقت. شعرت كما لو أنني موصول بمقبس كهربائي لا أستطيع فصل نفسي عنه. ظل الناس يخبرونني عن مدى حماستي، وقد بذلت قصارى جهدي للتظاهر بصحة ما قالوه. أعلنت أنني متحمس. تظاهرت بالحماس. ذهبت إلى التلفاز والراديو وتحدثت بحماس. لكن طوال الوقت، شعرت كما لو أن العالم يقترب من نهايته؛ شعرت كما لو أن الأشخاص الذين أحبهم سيواجهون موتًا مأسويًا؛ شعرت كما لو أنني سأنسى كيفية البلع أو التنفس. شعرت أنني إذا تراجعت عن أي مسار اتخذته فسوف أسقط وأموت؛ شعرت أنني إذا واصلت السير بسرعتي الفائقة، فسوف أنفجر وأموت أيضًا.

ألقيت محاضراتي الأولى عن الكتاب وأدركت أنها لم تكن جيدة بما فيه الكفاية، وأن أفكاري كانت مشوشة للغاية. شعرت فجأة بالعجز واليأس. ارتفع مستوى التوتر لدي، وبدأت أشعر بذلك الذعر المألوف. عندما كنت أعاني الأرق في الليل، اعتقدت أن الإرهاق سيقوض أدائي بالتأكيد، ولكن عندما بدأت أخيرًا في النوم، كنت أخشى أن أستغرق في النوم وأفوت التزاماتي الصباحية. كنت أستيقظ في غرفة فندق غير قادر على طي ملابسي وإعادتها إلى

حقيبتي. كنت أشعر بالخوف دائمًا من ضياع أمتعتي، أو من نسيان المكان المتوقع وصولي إليه بعد ذلك.

ومع ذلك، كان نشر الكتاب مثيرًا أيضًا. وعندما لم أشعر بالرغبة في البكاء، كنت أهنئ نفسي بمرح. لقد كانت نوبة مختلطة وغريبة. شعرت بسعادة غامرة وكذلك بشعور مروع طوال الوقت. كان المتنفس الوحيد من هذا الاضطراب العاطفي هو أطفالي؛ فقد كنت أشعر معهم بالصحة والسعادة. لكن بمجرد مغادرتهم الغرفة -أو بمجرد مغادرتي، وهو ما كان يحدث كثيرًا، نظرًا لكل ما كنت أحاول القيام به- كان يتلاشى ذلك التأثير، ويتفاقم يأسي بسبب الشعور بالذنب لأنني تركتهم.

إحدى مشكلات المرض النفسي هي أنه يجعلك غير متأكد بشكل دائم مما هو «حقيقي» وما هو «في رأسك فقط». في اليوم الأول من جولة كتابي، أصبت بما يشبه التهابًا في الأذن. تساءلت عما إذا كان ينبغي لي أن أسافر بالطائرة، لكن حجز الجولات يتضمن الطيران، وقد عملنا جميعًا بجد لإعداد هذه الرحلة. لذلك واصلت ركوب الطائرات وأنا أتساءل عما يجب فعله بشأن أذني. لم أتمكن من سماع الأسئلة من الجمهور. واقترح طبيبي، الذي تواصلت معه عبر الهاتف، أن أتناول جرعات كبيرة من دواء أفرين، وهو بخاخ للأنف متاح دون وصفة طبية. تأثر توازني، على الأرجح بسبب الاحتقان في أذني، وشعرت بعدم الثبات في قدمي، وكدت أن أفوِّت رحلة لأنني لم أسمع الإعلانات المتكررة عن تغيير بوابة المغادرة في المطار. لقد أصابني طنين في أذني بدا وكأنه صرير فرامل.

وأخيرًا، خلال معرض ميامي للكتاب، انتهى بي الأمر في عيادة متجولة مليئة بالأطفال الذين يصرخون، حيث طمأنني طبيب شاب بأن أذني تبدو جيدة، ولكن يمكنني الحصول على بعض قطرات المضادات الحيوية. وخطر لي أن الأعراض التي أعانيها، التي صرفت انتباهي عن الهوس بمراجعات الكتاب، قد تكون نفسية جسدية؛ وتساءلت عما إذا كان فقدان السمع الذي أعانيه يمكن أن يكون مصدر اكتئابي أو نتاجه. في تلك الليلة، دعاني أصدقائي لتناول العشاء في شقتهم على الشاطئ، وكتب لي أحدهم، وهو طبيب نفسي، وصفة طبية لمضادات حيوية أقوى، تناولتها لمدة أسبوع.

حجزت موعدًا لرؤية طبيب الأنف والأذن عندما عدت إلى نيويورك لقضاء عيد الشكر، وبعد فحصي، قال لي: «لديك فقدان سمع حسي عصبي». وأوضح لي أنه يبدو أنني فقدت جزءًا كبيرًا من السمع في إحدى أذنيَّ، وربما بشكل دائم. وصف لي بعض المنشطات وأمرني بالعودة لإجراء اختبار آخر في غضون أسابيع قليلة. وأشار إلى أن احتمال فقدان السمع في الأذن الأخرى كان تقريبًا احتمال فقدان السمع نفسه في هذه الأذن المصابة، وأشار إلى احتمال إصابتي بفيروس أدى إلى إتلاف الخلايا الشعرية في أذني الداخلية. وأضاف أنه يجب أيضًا فحصي بحثًا عن أورام في العصب السمعي.

في عيد الشكر، لم أتمكن من سماع ما كان يحدث على طاولة العطلة المزدحمة. شعرت بالوحدة التامة، حتى بين عائلتي وأصدقائي. قررت إلغاء بقية الجولات الترويجية لكتابي ثم تراجعت عن القرار. كان محرري يعرف طبيبًا في سياتل يمكنه فحص أذني عندما وصلت في نهاية عطلة نهاية الأسبوع. هبطت في سياتل، وسجلت بعض المقابلات الإذاعية، وذهبت إلى معهد الأعصاب، حيث حُقنت بمجموعة من المنشطات مباشرة في طبلة الأذن. وهكذا بدأت روتينًا جديدًا: الوصول إلى مدينة جديدة، وزيارة مستشفى جديد، وإعادة جميع الأعمال الورقية، وإدخال الإبر في أذني، ثم التوقف للقيام بظهور إعلامي وإلقاء محاضرات. ظللت أسأل نفسي ما إذا كنت قد فقدت سمعي حقًّا؛ ظللت أتخيل أنني بطريقة ما فعلت هذا في نفسي بسبب اكتئابي، كما لو كان الاكتئاب شيئًا فعلته في نفسي. وقد اكتشفت سريعًا سبب امتلاك الناس لسمعٍ مجسم؛ فقد اختفى إحساسي بالتوازن تمامًا وسقطت عدة مرات. لم أتمكن من السمع من أذني اليسرى، وشعرت كما لو أن كرة تنس عالقة في قناة أذني على الرغم من أن الأطباء أكدوا لي أنه لا يوجد أي عائق هناك.

أعاني بعض الصمم الدائم في أذني اليسرى، وطنينًا دائمًا، وهي أعراض مزعجة للغاية. لم يكن الأمر سيئًا كما كان في البداية، إما لأن بعضًا من سمعي عاد بشكل طبيعي وإما لأن قلقي بشأنه قد تراجع. بات يمكنني سماع الإعلانات في المطارات. أواجه أحيانًا مشكلة في المطاعم الصاخبة، لكن أعتقد أنني أعاني هذه المشكلة منذ سنوات. ارتديت أداة مساعدة للسمع لبضعة أشهر، ثم أدركت أنني أستطيع أن أتدبر أمري دونها، لأن الخلايا الشعرية شفيت، أو لأن بعض الالتهابات الثانوية قد اختفت، أو لأن المزاج المظلم قد انتهى. أصبحت بخير مرة أخرى. لم أعد أسقط لسبب غير مفهوم. من المؤكد أن هناك مشكلة ما جسدية، وشيئًا نفسيًّا أيضًا، وما زلت لا أملك أي فكرة عما إذا كانا مرتبطين وكيف.

وهذا أحد موروثات الاكتئاب؛ إذ لم أعد أعرف كيف تتنافس صحتي النفسية والجسدية مع بعضهما بعضًا. أود أن يكون لدي يقين ديكارتي بشأن العقل والجسد، لكنني لا أملكه. لا أعاني أبدًا آلامًا في المعدة دون أن أتساءل عما إذا كان ما أعاق عملية الهضم لدي هو التسمم الغذائي أم الخوف غير العقلاني. وعندما لا أستطيع النوم، أتساءل عما إذا كان عقلي يجن جنونه كما يحدث لعقل أي شخص آخر في بعض الأحيان، أم ما إذا كنت قد وصلت إلى درجة من القلق المَرضي. أود أن أعرف على وجه اليقين متى أواجه العداء فعليًّا ومتى أشعر بجنون الاضطهاد بشكل غير مبرر. نظرًا لخوفي من الاستسلام للاكتئاب، لا أعترف أبدًا بالهزيمة أمام أي شيء باستثناء الرياضيات والرقص الشعبي والرياضات الجماعية. أحاول القيام بأشياء مثل الطيران الشراعي والسفر إلى مناطق الحرب لأنني مهووس بفكرة عدم تفويت أي شيء نتيجة للاكتئاب. عندما تحدث مشكلة في إحدى صداقاتي، أحاول دائمًا إصلاحها؛ وأُرجع الضرر إلى حالتي النفسية وليس إلى المشكلات التي تفرضها الحياة حتمًا. يأخذ حنيني إلى

الماضي شكل محاولة إصلاح الماضي. أدرك الطبيعة العصابية للاكتئاب الذي أعانيه وأعترف بميولي العصابية تجاهه.

يسألني الناس عما إذا كان الحديث بصراحة عن التحديات النفسية التي أواجهها أمرًا مرهقًا للغاية؛ على افتراض أنني قد أواجه السخرية نتيجة لذلك. ويسعدني أن أقول إنه إذا كان ذلك يحدث، فإنه يكون غالبًا من وراء ظهري، على الرغم من أنني ألاحظ شيئًا من السخرية من حين لآخر على تويتر. إن الاكتشاف الأكثر إثارة للدهشة الذي اكتشفته من كوني مكتئبًا محترفًا هو مدى شيوع الاكتئاب. عندما أخبر الناس أنني عانيت الاكتئاب، فإن الرد شبه الدائم هو «لقد كنت قلقة للغاية بشأن أختي» أو «لقد انتحر أعز أصدقائي في العام الماضي وأشعر بالذنب لعدم فهم الأمر» أو «لقد كنت مكتئبًا لسنوات». نادرًا ما أواجه شخصًا لا يخبرني على الفور بتجاربه مع الاكتئاب. لقد شعرت أحيانًا كما لو أن كتابي كان واحدًا من تلك الماسحات الضوئية لكامل الجسم في المطارات التي تسمح للموظفين برؤية ما يخفيه الناس تحت ملابسهم، مما يسمح للأفراد، حتى الغرباء، بالكشف عن الخدر العاطفي أو المعاناة التي يواجهونها هم أو أحباؤهم يوميًّا. أحيانًا يعانقني الأشخاص الذين لم أقابلهم من قبل في الأماكن العامة لأن قصص هذا الكتاب عن الاكتئاب قلَّلت من شعورهم بالوحدة. وعلى الرغم من أنني أعتز بذلك، فإنه قد يكون من الصعب التعامل مع مشاعر شخص آخر، وبخاصة عندما يكون مزاجي هشًّا.

أتلقى تيارًا مستمرًّا من المراسلات من الأشخاص المكتئبين الذين يطلبون نصيحتي. لا أتمتع بالضرورة بحكمة تتجاوز ما هو موجود في هذه الصفحات، لكن الرسائل رائعة ومروعة في الوقت نفسه؛ إذ تكون رائعة عندما تشير إلى أن أي شيء كتبته أو قلته ساعد الناس؛ ومروعة لأنها تكشف لي يوميًّا عن آلام الحياة، ومعاناة الأشخاص الذين لم يتلقوا العلاج أو لم يستجيبوا له، أو الذين فُقدوا ببساطة في غابة مظلمة في منتصف حياتهم. في بعض الأيام، أشعر وكأنني مُعلم يوزع الحكمة؛ وفي أيام أخرى، أشعر بأنني مكتئبٌ بائس لا يستطيع مساعدة نفسه. رسالتي المفضلة جاءت من شخص أرسلها لي دون أن يكتب عنوانه لكي أرد عليه، وقد قال فيها: «كنت سأنتحر، لكنني قرأت كتابك وغيرت رأيي». عندما أشعر بالإحباط، أحيانًا أردد هذه العبارة لنفسي. لقد تعلمت أنني لم أشعر أو أفكر في أي شيء لم يشعر به ويفكر فيه كثيرون آخرون. البؤس حقًّا يحب المشاركة. إن اكتشاف تفاهة آلام المرء يمكن أن يعَد راحة كبيرة.

يجب على الأشخاص المكتئبين أن يضعوا في اعتبارهم أن أولئك الذين يبدون أقل تسامحًا مع وجودهم قد يعانون أيضًا الاكتئاب بأنفسهم، أو يخافون من التأثر به. إن القسوة التي ترفض التسامح مع الضعف هي دفاع ضد الضعف. لكن في الوقت الحاضر أجد عمومًا أنه من السهل التحدث عن الاكتئاب، ما دام أنه بصيغة الماضي. عندما لا أشعر بالاكتئاب، أستطيع

الخوض في تفاصيل مؤلمة، كما فعلت في هذا الكتاب وفي محاضراتي العامة. ومع ذلك، عندما أشعر بالاكتئاب، لا أستطيع أن أخبر الناس به. يصبح الأمر مخزيًا فجأة.

إن سخافة وعبثية رد الفعل هذا لا تغيب عن ذهني. لقد صدر هذا الكتاب بأربع وعشرين لغة؛ مما جعل تجربتي علنية تمامًا. ومع ذلك، عندما أضطر إلى إلغاء خطة ما بسبب صحتي النفسية، أختلق بعض الأمراض الجسدية، وأعتذر نتيجة إصابتي بحالات الإنفلونزا الوهمية أو التواء الكاحل الزائف. وبعد ستة أسابيع، أستطيع أن أعترف للأشخاص الذين كذبت عليهم بأنني كنت في الواقع أعاني حالة نفسية سيئة، ولكن عندما أكون في خضم تلك الحالة، يبدو من المستحيل الكشف عن ذلك. ويرجع ذلك جزئيًّا إلى الحقيقة الأساسية المتمثلة في أنه يجب عليك أن تكون في حالة ذهنية قوية للتخلص من وصمة العار المرتبطة بالاكتئاب. أعاني بعض التحيز السلبي ضد المرض النفسي؛ فعندما أشعر بالاكتئاب، أعتبر ذلك بمنزلة فشل شخصي وأقلل من شأن نفسي، على الرغم من أنني أدرك في فترات العافية سخافة مثل هذه الأفكار. بالإضافة إلى ذلك، أجد نفسي مثقلًا بتعاطف الآخرين. إن الاكتئاب هو مرض الوحدة، وعندما تكون فيه، تعلم أن وحدتك لا يمكن التغلب عليها. من المرجح أن يشعر الأشخاص الذين يريدون مواساتك بالحزن إذا لم يتمكنوا من تقديم أي عزاء حقيقي، وتشعر أنت بالذنب لأنك جعلتهم يمرون بذلك، على الرغم من أن تخليهم عنك سيكون أسوأ.

روى نائب الرئيس جو بايدن في اجتماع عام 2014 للجمعية الأمريكية للطب النفسي أن صديقًا له كان يعاني طفله من اكتئاب شديد، وقد وصف صديقه طفله المكتئب بأنه «يطفو في الفضاء مُمسكًا بطرف خيط».[2] وقال الأب إنه يمسك بالطرف الآخر من الخيط وأراد استخدامه لجذب ابنه، لكنه كان يعلم أنه إذا شد بقوة شديدة، فسوف ينقطع الخيط وسيضيع ابنه إلى الأبد. لذلك كان متمسكًا بأفضل ما يستطيع. أعرب بايدن عن التزامه بتعزيز التواصل، وجعل الأمر أكثر أمانًا وأسهل بالنسبة إلينا جميعًا للتعامل مع الأشخاص المصابين بأمراض نفسية. وقال إن تحسين خدمات الصحة النفسية من شأنه أن يجعل الخيط أقل عرضة للانقطاع. وعندما التقيته في وقت لاحق، أكد أن إنهاء التحيز حول المرض النفسي كان إحدى معارك الحقوق المدنية لجيلنا، وأشاد بالأشخاص الذين يخوضونها. وقد أشرت له -باعتباري شخصًا مصابًا بمرض نفسي- أنني ممتن له وقلت إنني أجد أنه من الشجاعة اللافتة للنظر أن يدافع سياسي حالي عن مثل هذه القضية الموصومة. فأجابني: «بل أنتم الشجعان».

إن الإمساك غير القوي بالخيط يطارد أقارب أو أصدقاء الأشخاص المكتئبين، الذين كثيرًا ما يسألونني عما يجب عليهم فعله. أنصحهم بعدم السماح للشخص المكتئب بأن يصبح منعزلاً حقًّا. وفي حين أن بعض الأفراد المكتئبين قد يرغبون في إجراء محادثة حيوية كشكل من أشكال المشاركة، فقد يجد آخرون التفاعل مرهقًا، وفي مثل هذه الحالات، قد يكون مجرد الجلوس في مكان قريب في صمت مفيدًا. لكن بعض الأشخاص المكتئبين لا يتحملون وجود أي شخص آخر معهم في الغرفة. لذا عليك أن تجلس خارج الباب مباشرة. ولكن لا تذهب

بعيدًا. يميل الاكتئاب إلى التفاقم في الشرانق المنعزلة التي تنشأ خلال أحلك اللحظات. يجب على الأشخاص المكتئبين أيضًا أن يتذكروا تجنب البقاء بمفردهم قدر الإمكان. نصيحتي الأخرى لأصدقاء وأقارب الأشخاص المصابين بالاكتئاب هي ألا يبدوا خائفين للغاية منه. إذ إن الخوف الذي يُظهِره الآخرون يمكن أن يكون له أثر كبير على المكتئبين. ونحن لسنا مخيفين إلى هذا الحد؛ فأنا أكون الشخص نفسه سواء كنت مكتئبًا أم لا. فالمزاج ليس شخصية.

إذا كانت معرفة الشخص المكتئب أمرًا محزنًا، فقد تكون عدم معرفته أكثر حزنًا. نود أن نعتقد أننا قادرون على معرفة الاكتئاب لدى من نحبهم وتقديم المساعدة لهم عندما يحتاجون إليها، ولكن الاكتئاب غالبًا ما يكون سرًّا يخضع لحراسة مشددة، وغير مرئي حتى للعين الثاقبة. في 17 أكتوبر 2009، انتحر زميلي في الغرفة الجامعية وصديق حياتي تيري روسي كيرك. لقد حزنت حزنًا شديدًا على فقدان تلك الصداقة وعلى السذاجة التي سمحت لي أن أفترض بناء على سلوك تيري المرح دائمًا أنه لا يمكن أن يكون أيضًا واقعًا في قبضة الاكتئاب. وعلى الرغم من أنني خبير في الاكتئاب، فإنني أخطأت في قراءة الإشارات الواردة من تيري. إن أي شخص انتحر شخص عزيز عليه، يكافح من أجل تجاوز الشعور بالذنب الذي يلاحقه. فالانتحار يُشعِر المرء وكأنه فشل في تقديم المساعدة في فرصٍ عديدة، وفشل في إنقاذ الشخص الذي مات.

لقد اتفقنا أنا وأصدقاء تيري الآخرون على أنه لم يكن بإمكاننا تغيير حزنه، لكني أحب أن أصدق أنه كان بإمكاننا المشاركة في محادثات تمنحنا بعض المتعة وسط الحزن، وهو منظور ربما منعتنا بهجة تيري الكبيرة من اكتشافه. ربما كان بإمكاننا أن نُذكِّره أنه من الممكن أن نصارع الحزن العميق ونكتشف في الوقت نفسه المعنى الكامن فيه، مما يوفر سببًا مقنعًا لمواصلة الحياة. والغريب أن تيري كان أحد الأشخاص الذين علموني ذلك؛ فقد كانت صداقتنا درسًا طويلًا في المرونة النفسية. في أوقات الظلام التي كنت أعيشها، كان جزءًا من السقالة التي تحملني في العالم. من المحير التفكير في العوامل البيولوجية التعسفية التي أدت إلى وفاة تيري بينما لا أزال أنا على قيد الحياة. هل كانت حالات الاكتئاب لدينا مختلفة بشكل أساسي؟ أم اختلفت مواقفنا تجاهها؟ أم علاجاتنا؟ أم أن البعض منا قادر على الاستمرار؛ والبعض الآخر لا. لا يمكن لأحد منا أن يفترض أننا سنموت لأسباب طبيعية فقط. لقد اعتقد تيري أنه ليس لديه مَن يحزن عليه حقًّا، على الرغم من أنه ترك وراءه شريكة حياة مُدمَّرة ودائرة واسعة من الأصدقاء والأقارب والطلاب والزملاء المنكوبين بالحزن، الذين تمنوا لو تمكنوا من جعل تيري يشعر بأنه محبوب عندما كان حيًّا كما أحبوه في الموت. إن الاكتئاب معركة منعزلة يخوضها المرء وحيدًا تمامًا.

منذ أن نُشر هذا الكتاب لأول مرة في عام 2001، التقيت الآلاف من الأشخاص المكتئبين. ويتلقى البعض علاجات ممتازة ويعيشون بشكل جيد؛ بينما يعاني عدد قليل من الأشخاص اكتئابًا مقاومًا للعلاج ولا يمكن مساعدتهم؛ ويتجنب البعض طلب المساعدة لأنهم لا يحبون

حتى تلك الفكرة. ومع ذلك، اتخذ العديد منهم الخطوات المؤلمة المتمثلة في الاعتراف بمرضهم النفسي وطلب العلاج، لكنهم ما زالوا لا يتلقون الرعاية المختصة. قال لي أحدهم بعد محاضرة ألقيتها في دنفر: «لقد حاولت جاهدًا. إذا قتلت نفسي الآن، فلا يمكن لأحد أن يقول إنني لم أحاول». لقد كان يتبع نظامًا غير مناسب، حيث كان يتناول دواءً منشطًا لعلاج الاكتئاب المهتاج (الذي يكون فيه الشخص شديد الإثارة). واشتكى شخص آخر في الحدث نفسه من أنه فقد الرغبة في فعل أي شيء، ثم أوضح أنه كان يتناول جرعات كبيرة من المهدئات. يحصل العديد من الأشخاص على مضادات الاكتئاب من طبيب الرعاية الأولية الخاص بهم، وبينما يتحسن البعض باستخدام وصفة طبية سريعة من زولوفت أو بروزاك، فإن العديد من الآخرين لا يحدث لهم ذلك ويتطلبون متابعة موسعة وتعديلات متعددة للأدوية والجرعات.

تتطلب الكفاءة هنا مزيجًا فريدًا من العلم والفن. إذ يظل فهمنا للدماغ بدائيًّا في أحسن الأحوال، ولا يزال الأطباء النفسيون الأكثر براعة يعتمدون على مزيج من الحدس والإلهام. إن علاجاتنا للأمراض النفسية ليست فعالة تمامًا، وتكلف الكثير، وتنطوي على آثار جانبية لا حصر لها. ومع ذلك، فإن التقدم الذي أحرِز مؤخرًا في فهم الدماغ ومكافحة الأمراض النفسية كان باهرًا. إنه يشبه إلى حد ما استكشاف الفضاء؛ فقد نمت معرفتنا بشكل كبير، لكن التقدم الذي أحرزناه يسلط الضوء على الكم الهائل الذي لا يزال يتعين اكتشافه. يشير عضو الكونجرس باتريك كينيدي إلى الأمر على أنه «استكشاف للفضاء الداخلي تمامًا مثلما أرسل جون كينيدي رواد فضاء لاستكشاف الفضاء الخارجي».[3] باعتباري شخصًا يعاني الاكتئاب، فأنا ممتن لكوني أعيش الآن وليس قبل خمسين عامًا، عندما كانت العلاجات التي ساعدتني غير متوفرة. ومع ذلك، آمل أن ينظر الأفراد الذين لديهم حالة نفسية مماثلة في المستقبل إلى خطة العلاج الخاصة بي، ويشعرون بالفزع من فكرة أن أي شخص كان عليه أن يتحمل مثل هذه العلاجات البدائية.

يؤسفني أن أقول إنه ليس لدي المزيد من التطورات الإيجابية لأشاركها فيما يتعلق بما كُشِف عنه في الأعوام الخمسة عشر الماضية. تشير ما تُسمى بفرضية التغذية العصبية[4] للاكتئاب إلى أن الاكتئاب والتوتر يؤديان إلى ضعف المرونة العصبية، وأن العلاجات المضادة للاكتئاب -العلاج النفسي الكلامي، والأدوية، والعلاج بالصدمات الكهربائية، والتحفيز العميق للدماغ (DBS) وحتى الحرمان من النوم- كلها ترفع مستويات عامل التغذية العصبية المستمد من الدماغ (BDNF)، الذي يساعد على تكوين خلايا عصبية جديدة وتطوير المشابك العصبية. هذه فكرة مهمة، ولكن على الرغم من أنها تساعد في تفسير العلاجات الحالية، فإنها لم تُشكل حتى الآن أساسًا لعلاجات جديدة.

أُطلِق عدد قليل من الأدوية الأخرى، وساعدت بعض الأشخاص الذين لم يساعدهم ما كان متاحًا سابقًا. تشمل هذه الأدوية الجديدة ليكسابرو (إسكيتالوبرام)، وهو مثبط انتقائي قوي لاسترداد السيروتونين (ينتمي إلى فئة مضادات الاكتئاب التي تشمل بروزاك، وزولوفت،

وليكسابرو)؛ وسافيلا (مالنسبران)، وهو (مثبط استرداد النورإبينفرين الانتقائي) المشابه لإيفكسور المعتمد لعلاج الألم العضلي الليفي؛ وبرينتيليكس (فورتيوكسيتين)، وهو ينتمي إلى مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية، ويمتلك تأثيرات جديدة لمستقبلات السيروتونين التي يبدو أنها تعمل مثل أدوية السيروتونين الأخرى. هناك أيضًا سيباكس، وهو مزيج من بروزاك وزيبريكسا لعلاج الاكتئاب المقاوم للعلاج. وهناك فيبريد (فيلازودون)، الذي يعمل بشكل مشابه لمثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية الموجودة، على الرغم من أنه يُزعَم أنه يحفز بعض مستقبلات السيروتونين الرئيسية. وهناك دواء إينتوموف (جوانفاسين)، الذي يستخدم في المقام الأول لعلاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD) لدى الأطفال، الذي قد يكون له بعض التأثير على القلق، وبخاصة في الأشخاص الذين يعانون اضطراب ما بعد الصدمة. وهناك لاتودا (لوراسيدون) وهو مضاد للذهان غير تقليدي كان مفيدًا للأشخاص في مرحلة الاكتئاب من المرض ثنائي القطب. كما تحول بعض التركيز الشائع إلى -5هيدروكسي التريبتوفان، الذي يُباع كمكمل غذائي دون وصفة طبية. وعلى الرغم من الافتقار إلى الأبحاث الداعمة، فقد راسلت أشخاصًا يزعمون أنهم حصلوا على مساعدة من المكملات الغذائية، التي تعتبر مُعززة للسيروتونين.[5]

يُصنَّف الاكتئاب الذي لم يتحسن بعد دورتين على الأقل من نظام مضاد للاكتئاب قائم على الأدلة على أنه «مقاوم للعلاج». أعلن المعهد الوطني الأمريكي للصحة النفسية عن مبادرة للتوصل إلى «علاجات سريعة المفعول للاكتئاب المقاوم للعلاج».[6] والاحتمال الأكثر إثارة هو الكيتامين، وهو مخدر ومهدئ بيطري يُباع منذ فترة طويلة في الشوارع تحت اسم «سبيشيال كيه Special K». ويعمل هذا الدواء على حجب مستقبلات ن-مثيل-د-حمض الأسبارتيك (NMDA) في الدماغ، وهو الهدف الذي لم يتمكن أي دواء آخر من الوصول إليه.[7] فجميع مضادات الاكتئاب السابقة عملت على الدوبامين أو النورإبينفرين أو السيروتونين. يؤثر الكيتامين على الجلوتامات، وهو الناقل العصبي الأكثر شيوعًا في الجهاز العصبي البشري. ويبدو أن له تأثيرات أخرى أيضًا، ولا يزال من غير المؤكد أي منها يساهم في خصائصه المضادة للاكتئاب. يعتقد بعض العلماء أن آثاره المضادة للاكتئاب قد ترجع إلى تأثيراته الأفيونية (تشابهه مع المورفين). فالكيتامين هو منبه وكذلك مادة أفيونية، ويشبه في آثاره جزئيًّا الكوكايين والأمفيتامينات.

لقد ثبت أن الكيتامين فعالٌ للغاية في الأشخاص الذين لا يستجيبون للأدوية الأخرى، مما يمنحهم راحة تصل إلى 70%. وفي حين أن تأثيرات مضادات الاكتئاب التقليدية تستغرق عدة أسابيع حتى تبدأ، فإن الكيتامين يعمل في غضون ساعات، ويحقق الفاعلية الكاملة في غضون يوم واحد ويحافظ على تأثيره لبضعة أيام على الأقل في العديد من المرضى. لا يزال يعاني نحو واحد من كل أربعة أفراد من بعض التأثير بعد شهر من تناوله، على الرغم من أن متوسط الانتكاس يحدث في أقل من أسبوعين. ويمكن أن يؤدي تناوله كل بضعة أيام إلى

الحفاظ على التأثير لفترة من الوقت. كما تميل الأفكار الانتحارية إلى التبدد بسرعة عند تناول الكيتامين. يُعطى الدواء عادةً عن طريق الوريد أو على شكل رذاذ مُستنشق؛ لكن تناوله عن طريق الفم لم يكن فعالًا في علاج الاكتئاب. الجرعات الفعالة لعلاج الاكتئاب أقل بكثير من تلك المستخدمة للتخدير أو للأغراض الترفيهية. ومع ذلك، استُخدِمت جرعات أعلى منه كمخدر تكميلي للمرضى الذين يخضعون للعلاج بالصدمات الكهربائية.

ولسوء الحظ، فإنه غير قابل للتطبيق بالنسبة إلى شريحة واسعة من السكان. إذ إن وظيفة الجلوتامات الأقل من اللازم في المستقبل ن-مثيل-د-حمض الأسبارتيك يمكن أن تؤدي إلى الذهان، في حين أن الكثير منها يمكن أن يقتل الخلايا العصبية المهمة. علاوة على ذلك، بما أن الجلوتامات تؤثر على التعلم والذاكرة والإدراك والعاطفة، فيجب الحذر من أي تلاعب بها، كما أن احتمال حدوث آثار جانبية غير مرغوب فيها كبير. قد يؤدي الكيتامين أيضًا إلى الإضرار بالكلى والكبد. علاوة على ذلك، فإن أي عقار معروف بالفعل بخصائصه الترفيهية يكون عرضة بشكل خاص للتعاطي والإدمان. تاريخيًّا، لم يتحسن الأشخاص المصابون بالاكتئاب على المدى الطويل بسبب المنشطات والمواد الأفيونية، لذا فإن مسألة متى وكيف ومن يستخدم الكيتامين تظل متشابكة. ولأنه تمت الوافقة عليه بالفعل من قبل إدارة الغذاء والدواء كمخدر، فمن السهل الحصول عليه، مما يؤدي إلى حالات من الممارسات الطبية غير التقليدية. ينخرط بعض الأطباء في أساليب غير تقليدية، ويتعاونون مع الصيدليات لصنع بخاخات أنفية محلية الصنع. تعتبر الدراسات الخاضعة للمراقبة حول علاج الكيتامين للاكتئاب واعدة، لكنها محدودة أيضًا. وقد حذر آلان شاتزبيرج، الذي كان رئيسًا لقسم الطب النفسي في جامعة ستانفورد، من «منحدر الكيتامين الزلق».

كان العلماء يبحثون عن أدوية أخرى من شأنها أن تستغل المسارات نفسها التي يستخدمها الكيتامين. ومن بين هذه الأدوية ريلوتيك (ريلوزول)[8]، وهو دواء تمت الموافقة عليه سابقًا لعلاج التصلب الجانبي الضموري (ALS)؛ وهناك بعض الأدلة التي تدعم السكوبولامين، الذي يستخدم عادة للتخفيف من دوار الحركة. وكان جليكس13- Glyx-13 أيضًا محورًا لأبحاث إضافية نظرًا لطريقة عمله المشابهة للكيتامين، وربما دون التعرض لخطر الهلوسة والذهان؛ وهو الآن في طريقه للحصول على موافقة إدارة الغذاء والدواء.

لكن صناعة الأدوية تخلت إلى حد كبير عن العمل على أدوية نفسية جديدة.[9] إذ إن العديد منها مما بدا واعدًا فشل في التجارب السريرية، وأثبت التعقيد الهائل للدماغ أنه مخيف بشكل متزايد. تضاءلت موجة تفاؤل شركات الأدوية الكبرى التي أعقبت إطلاق بروزاك، على الرغم من أن شركة جونسون آند جونسون حصلت مؤخرًا على تصنيف «اكتشاف جديد» من قبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية لتطوير الكيتامين باعتباره رذاذًا أنفيًّا حاصلًا على براءة اختراع لعلاج الاكتئاب؛ مما يعني أن الموافقة ستُسرَّع بشكل كبير، مما يُسرع وصول المرضى إلى الدواء (ووصول الشركة إلى الأرباح) قبل الخضوع للدراسات المكثفة المطلوبة

عادةً للمستحضرات الصيدلانية الجديدة. وعلى الرغم من هذا الاستثناء، فقد استنفدنا الآن الأفكار الأساسية حول بعض الناقلات العصبية التي تُوصِّل إليها قبل ثلاثين عامًا ونحتاج إلى ابتكار رئيسي آخر قبل أن نتمكن من صياغة طرق بديلة. ويعمل الباحثون في علم الجينوم وعلم الوراثة والفيزيولوجيا الكهربية مع الأطباء النفسيين على أمل تحقيق ذلك. يشير تأسيس اتحاد الجينوم النفسي في عام 2007 إلى قدر كبير من التفاؤل خارج القطاع التجاري[10]؛ إذ تعمل المجموعة على تحديد العوامل الجينية للصحة النفسية، وتجميع كميات هائلة من الأبحاث لإجراء التحليلات التلوية التي قد تشير إلى الارتباط بين اختلافات جينية معينة والأمراض النفسية الرئيسية، بما في ذلك الاكتئاب.

وبينما توقفت الأدوية، تقدَّمت الأبحاث التي تركز على الكهرباء والضوء والمغناطيسية، وباتت تُستخدَم الأساليب القديمة والجديدة على نحو متزايد. وهذا يعكس الافتقار إلى الابتكار في علم الصيدلة والتصوير السلبي للأدوية. كما أنه يعكس وجهة النظر التي تنظر إلى الاكتئاب على أنه «اضطراب في الدوائر العصبية، وليس مجرد خلل في التوازن الكيميائي»، وفقًا لتوماس إنسل، مدير المعهد الوطني للصحة النفسية.[11] وهو ما يعكس الفهم المتزايد للاكتئاب باعتباره اضطرابًا معقدًا في الدماغ. وقد أشار إنسل إلى أن فهم الاكتئاب باعتباره اضطرابًا في الدوائر العصبية هو التقدم الأكثر أهمية في هذا المجال.

لقد أخاف العلاج بالصدمات الكهربائية الناس منذ فترة طويلة لأنه كان يُجرى بشكل فظ في الماضي ولأنه يمكن أن يسبب فقدان الذاكرة. وقد أدى استخدام شكل جديد من الصدمات، وهو عرض النبضة القصير للغاية، إلى التقليل من احتمالية حدوث هذا الأثر الجانبي. وتسعى الأبحاث المستمرة إلى جعل العلاج بالصدمات الكهربائية -التدخل الأكثر فاعلية لدينا لعلاج الاكتئاب الشديد- أقل ترويعًا.[12] ومع ذلك، لا يوجد حافز مالي كبير لإحياء إجراء له مثل هذا التاريخ المضطرب. وعلى الرغم من أن فاعليته تزيد قليلاً على 50 بالمائة، وأنه له بعض الآثار الجانبية غير التافهة -بعض الأفراد يندمون على اختيار العلاج بالصدمات الكهربائية- فقد واجهت أيضًا العديد من الأشخاص الذين تأثرت حياتهم بشكل إيجابي به. وفي الوقت الحالي، يتردد العديد من الأفراد المصابين بالاكتئاب الذين يمكنهم الاستفادة من العلاج بالصدمات الكهربائية في التفكير فيه. وقال إنسل: «لا يزال العلاج بالصدمات الكهربائية هو العلاج الأكثر فاعلية للاكتئاب الشديد، ولا شك في ذلك. ومع ذلك فإن استخدامه يتناقص ولا يتزايد. لقد خففت التعديلات الأخيرة بعض الآثار الضارة، ولكن ذلك لم يُغير «وصمة العار» المحيطة بهذا العلاج».

العلاج بالنوبات المغناطيسية (MST) هو علاج مُشابه للعلاج بالصدمات الكهربائية.[13] فهو مثل العلاج بالصدمات الكهربائية، يؤدي إلى حدوث نوبات، ولكن بما أن الجمجمة لا تعيق المغناطيسية بالطريقة نفسها التي تعيق بها الكهرباء، فإن التأثيرات يمكن أن تكون أكثر دقة. لذلك، في حين أن العلاج بالصدمات الكهربائية يميل إلى التأثير على مناطق أكبر في الدماغ،

فإن العلاج بالنوبات المغناطيسية يمكن أن يستهدف منطقة أكثر تحديدًا وبالتالي يؤدي إلى حدوث نوبات بؤرية بدلًا من نوبة دماغية عامة. ومع ذلك، فمن الواضح أن تحفيز النوبة في منطقة واحدة من الدماغ يؤثر على مناطق أخرى كثيرة. لذلك، حتى لو تم احتواء النوبة، فإن آثارها النهائية قد تكون واسعة النطاق. ومن الواضح أن دراسات المقارنة المبكرة تشير إلى أن العلاج بالصدمات الكهربائية والعلاج بالنوبات المغناطيسية فعالان بالقدر نفسه.

تُجرَى هذه العلاجات في المستشفى، وتتضمن تخديرًا وتحمل آثارًا جانبية محتملة. وفي أعقاب التقدم الذي أحرزته تلك العلاجات، عاد التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة (TMS) من جديد إلى المشهد.[14] يعمل هذا الإجراء الذي يتم في العيادات الخارجية على إزالة استقطاب أنسجة المخ عن طريق تعريضها لمغناطيسات قوية. يرتدي المريض خوذة مليئة بالمغناطيس ويُوصَّل بجهاز التحفيز، ويخضع عادةً لسلسلة من الجلسات تهدف إلى تحقيق التحسن التدريجي. وبمجرد خروج المريض من الاكتئاب، قد يحتاج إلى تكرار الإجراء للحفاظ على التعافي. تُعدَّل أجهزة التحفيز لتمكين الأطباء من التحكم في شكل النبض، الذي ثبت أنه عامل مهم في العلاج بالصدمات الكهربائية. ويظل التنسيق الأمثل لهذه العلاجات مع العلاج الدوائي أو العلاج بالكلام مجالًا يتطلب المزيد من البحوث.

أفاد الأفراد الذين يعانون اضطراب ثنائي القطب الذين خضعوا للتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) -من أجل التشخيص- بتحسن الحالة المزاجية، وهي مصادفة دفعت الأطباء إلى استكشاف إمكانية استخدام مغناطيسية أضعف بكثير من تلك المستخدمة في التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة.[15] والنسخة الأبسط من التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة هي التحفيز المغناطيسي منخفض المجال (LFMS)، الذي يعتقد بعض الباحثين أن لديه القدرة على تحسين الحالة المزاجية المكتئبة بعد جلسة واحدة.[16] استُخدِم هذا النوع من التحفيز بتأثير معتدل لالتهاب المفاصل والأمراض الجسدية الأخرى وللمساعدة في شفاء الجروح. حيث يضع الشخص رأسه في شيء يشبه إلى حد ما فرن الميكروويف ويبقيه هناك لمدة عشرين دقيقة. لا يشعر المريض بأي شيء جسدي في أثناء ذلك الإجراء. ويسجل الأشخاص في مقاييس الاكتئاب بعد إخراج رؤوسهم من الجهاز درجات أقل مما كانوا يسجلونه قبل وضع رؤوسهم فيه. وقد وجدت دراسات صغيرة -مزدوجة التعمية- تحسنًا ثابتًا في التحفيز المغناطيسي منخفض المجال مقارنةً بالعلاج الوهمي، على الرغم من أن النتائج تختلف اعتمادًا على أداة تصنيف الاكتئاب المستخدمة وما إذا كان الأشخاص مصابين بالاكتئاب أحادي القطب أو ثنائي القطب. هذا الإجراء غير جراحي تمامًا ويبدو أنه ليس له أي آثار جانبية. يركز التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة على مناطق معينة في الدماغ. أما هنا، فيكون المجال المغناطيسي عامًّا جدًّا. وفي حين أن التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة يتطلب شحنات تزيد على مائة فولت لكل متر (فولت لكل متر هو المقياس المستخدم للمجال الكهرومغناطيسي)، فإن التحفيز المغناطيسي منخفض المجال يعمل على تحفيز أقل من

فولت واحد لكل متر. ويرى المنتقدون أن هناك حاجة إلى دراسات أكبر وأكثر تعقيدًا ذات نتائج نهائية أكثر شمولًا؛ ولم يتم بعد إجراء أبحاث حول مدى استمرارية الفوائد. ومع ذلك، فإن الفكرة مثيرة للاهتمام للغاية.

يُجرى الكثير من العمل التجريبي في مجال التحفيز الكهربائي القحفي[17] (CES). في هذا العلاج، تُرسل الأقطاب الكهربائية الموضوعة على الرأس تيارًا خفيفًا عبر الدماغ. وهو يوصف لعلاج الاكتئاب، والقلق، والأرق، والألم المزمن، والألم العضلي الليفي، والإدمان، والخلل المعرفي، ومجموعة من الأمراض الأخرى.[18] كانت النظرية وراء التحفيز الكهربائي القحفي موجودة منذ أكثر من مائتي عام؛ حيث استُخدِم التحفيز الكهربائي منخفض الجهد لعلاج الاكتئاب في عام 1804. ومع ذلك، كانت النتائج متضاربة، وفي ثلاثينيات القرن العشرين، تُخُلي عن طريقة الجهد المنخفض هذه لصالح العلاج بالصدمات الكهربائية، الذي بدوره تجاوزته الأدوية النفسية إلى حد كبير. ظلت تطبيقات التيار المنخفض محل اهتمام الباحثين السوفييت، الذين استمروا في متابعة استخدامها. وعادت هذه التقنيات إلى الاستخدام السريري العرضي في أوروبا في عام 1953 وحصلت على الموافقة في الولايات المتحدة في عام 1963، لكنها ظلت هامشية حتى قدمت التطورات الحديثة في التصوير العصبي والنمذجة الحاسوبية بيانات حول مكان تركيب الأقطاب الكهربائية، ومدى كثافة الشحنة والمدة التي يجب أن تستمر بها لإحداث تغييرات كبيرة في نشاط الدماغ. وتتمثل فكرتها في تقديم بعض فوائد العلاج بالصدمات الكهربائية دون المخاطر والآثار الجانبية، أو تحقيق نتائج التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة دون المعدات المعقدة (مع إنتاج مجال كهربائي أقل بمائة إلى ألف مرة من ذلك الناجم عن التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة أو العلاج بالصدمات الكهربائية).

حظي التحفيز الكهربائي القحفي بآراء ومراجعات متنوعة. تؤكد مجموعة من المؤلفات العلمية أنه غير فعال في ظروف معينة، ويصف البعض الآخر تأثيره الإيجابي. وقد نشر علماء بارزون ينتمون إلى منظمات مرموقة دراسات تعزز كلا الرأيين. واعتبارًا من عام 2015، أصبحت أربع شركات مختلفة تنتج أجهزة معتمدة للتحفيز الكهربائي القحفي للاستخدام المنزلي في الولايات المتحدة، ويجري حاليًّا السعي للحصول على براءات اختراع إضافية. من الضروري الحصول على وصفة طبية للحصول على الجهاز، ولكن يمكن لأي ممارس رعاية صحية إصدارها حتى لو كان معالج تدليك مرخصًا. ومع ذلك، فإن معظم شركات التأمين لا تغطي أجهزة التحفيز الكهربائي القحفي مُشيرةً إلى أنها ما زالت تحت التجريب.[19]

وعلى الرغم من أن الأجهزة تختلف قليلًا، فإن معظمها يعمل بالبطارية، حيث ينقل الكهرباء إما من خلال مشابك مثبتة على شحمة الأذن وإما عبر إسفنجات مبللة مثبتة في مكانها بواسطة ما يُشبه سماعات الرأس. وهذه الأجهزة لا تسبب نوبات. وهناك جدل مستمر حول المكان الذي يجب أن توضع فيه الأقطاب الكهربائية بالضبط، وحول مدة التحفيز، وحجم

الأقطاب الكهربائية، وكثافة التيار. تمتص فروة الرأس معظم الكهرباء. ويبدو أن بعضها يصل إلى الدماغ، على الرغم من أن تأثيراتها في الدماغ قد تكون في الواقع استجابات لفروة الرأس المكهربة، وليست تأثيرات مباشرة للكهرباء.[20]

هناك نوعان من التحفيز الكهربائي القحفي.[21] يهدف التحفيز بالتيار المباشر عبر الجمجمة (tDCS) إلى تحفيز الدماغ عن طريق استقطابه، وهو الأسلوب الكهربائي الوحيد الذي لا يستخدم التيار النبضي. ويقال إن الشحنات الأنودية، وهي إيجابية، تزيد من الإشارات داخل الدماغ؛ ويقال إن الشحنات الكاثودية، وهي سلبية، تقللها. يؤثر التحفيز بشكل مباشر على مناطق الدماغ القريبة من الأقطاب الكهربائية، مما قد يكون له تأثيرات على أجزاء أخرى من الدماغ. لذلك، على سبيل المثال، فإن التحفيز المباشر للقشرة أمام الحركية يمكن أن ينشط القشرة الحركية. ويُظهر التصوير أن هذه التأثيرات تكون مستدامة وواسعة الانتشار في جميع أنحاء الدماغ.

أما التحفيز بالتيار المتردد عبر الجمجمة (tACS) فيبدو أنه لا يعمل عن طريق استقطاب أنسجة المخ ولكن عن طريق تحفيز الدوائر القشرية بشكل إيقاعي، وبالتالي من المفترض أن يعزز وظائف الدماغ المعتادة. يُعطى المريض بعض التيار المتردد في موجات متزايدة ومتضائلة؛ أو في شحنات نبضية. والتحفيز بمثل هذا التيار المتقطع هو الطريقة المستخدمة عادة في التحفيز العميق للدماغ والعلاج بالصدمات الكهربائية. يُستخدم أحد أنواعه -يسمى تيار ليموج- لزيادة تأثيرات التخدير، وبالتالي تقليل جرعات المخدرات اللازمة لإبقاء المريض الجراحي فاقدًا للوعي. تشير الدراسات إلى أن التحفيز بالتيار المتردد يغير موجات الدماغ كما تظهر في تخطيط كهربية الدماغ[22]، مما يدل على قدر أكبر من الاسترخاء، ولكن لا توجد سوى أدلة قليلة على أن هذه التغييرات تستمر إلى ما بعد إنتهاء الإجراء. وتشير بعض الأدلة إلى أن هذا التحفيز يتسبب في إطلاق الناقلات العصبية، بل وحتى الإندورفين. وقد يحفز أيضًا تدفق الدم إلى جذع الدماغ والمهاد.[23]

يُوصي الكثيرون باستخدام هذه الأجهزة لمجموعة مختلفة من التشخيصات دون أي نظرية متماسكة حول كيفية عملها.[24] وهذا هو الحال في علاجات الاكتئاب. ففي نهاية المطاف، لا توجد نظرية متماسكة وراء العلاج بالصدمات الكهربائية، ولا يوجد الكثير من الفهم النظري وراء الأدوية المضادة للاكتئاب. النظرية الأساسية وراء التحفيز الكهربائي القحفي هي أن الشحنات الكهربائية تزيد من إنتاج السيروتونين والنورإبينفرين وبيتا إندورفين وغيرها من الناقلات العصبية[25]، ووفقًا لعدد قليل من العلماء، فإنها تقلل مستويات هرمون الكورتيزول. تشير دراسات تخطيط كهربية الدماغ (EEG) والتصوير بالرنين المغناطيسي إلى أن التحفيز الكهربائي القحفي يغير أنماط إطلاق الخلايا العصبية في الدماغ. يبدو التحفيز الكهربائي القحفي أقل ضررًا من العديد من العلاجات التجريبية الأخرى. لكن مسألة ما إذا كان فعالًا لا تزال مفتوحة للنقاش، على الرغم من بعض البروتوكولات الممتازة.[26] وإذا كان فعالًا، فإنه

يقدم بديلًا مفيدًا للأشخاص الذين يعانون الاكتئاب. تبلغ تكلفة جهاز التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة 60 ألف دولار ويجب أن يستخدمه فنٍّي مُدرَّب جيدًا، ويمكن أن تصل تكلفة دواء لاتودا إلى 2000 دولار شهريًّا. بينما تبلغ تكلفة جهاز التحفيز الكهربائي القحفي 600 دولار ويمكن استخدامه لأجل غير مسمى في المنزل. علاوة على ذلك، لا يرتبط الجهاز بالآثار الجانبية الجنسية أو زيادة الوزن التي يعانيها العديد من مستخدمي الأدوية النفسية.

أجرى إيجور جالينكر، مدير مركز الأسرة للاضطراب ثنائي القطب والرئيس المساعد لقسم الطب النفسي والعلوم السلوكية في مستشفى جبل سيناء في نيويورك، دراسة صغيرة لاستخدام التحفيز الكهربائي القحفي في علاج الاكتئاب ثنائي القطب ووجد أنه ساعد نحو الثلثين من مرضاه.[27] وأضاف: «إنه ليس معجزة، ولكنه علاج فعال. هناك تغيرات موضوعية تحدث في الدماغ». وقد وجد جالينكر استجابة أولية قوية للعلاج الوهمي لجهاز زائف، ولكن بعد مرور أسبوعين بينما تراجع هذا التأثير حافظ الأشخاص الذين يستخدمون جهاز التحفيز الكهربائي القحفي الحقيقي على تحسنهم. واضطر اثنان من المرضى الستة عشر المسجلين إلى الانسحاب من الدراسة لأنهم بدؤوا في الإصابة بالهوس الخفيف. وقال جالينكر: «رأيي الشخصي هو أنه قد يكون أفضل للقلق من الاكتئاب. لقد استخدمته عدة مرات بنفسي وبعد ثلاثين دقيقة شعرت وكأنني تناولت عقار زاناكس. لقد كنت هادئًا وأكثر استرخاءً، على الرغم من أنني شعرت بالتشوش بعض الشيء».

يعتقد جالينكر أنه لم تُجرى سوى القليل من الأبحاث الجيدة حول تلك الأجهزة بسبب دافع الربح المنخفض نسبيًّا وراءها، ويأمل أن يجري شخص ما دراسة كبيرة لمقارنة التحفيز الكهربائي القحفي بالأدوية المضادة للاكتئاب.

في دراسته، استخدم جالينكر جهاز شركة فيشر والاس، وهو جهاز تحفيز باستخدام التيار المتردد يُستخدَم في المنزل لمدة عشرين دقيقة مرتين يوميًّا. يدخِل المستخدم إسفنجتين دائريتين صغيرتين في أقطاب كهربائية، ثم يرطب الإسفنجتين، ثم يضعهما في مكانهما تحت عصابة الرأس فوق الصدغين مباشرةً، ثم يشغل تيارًا ترددًيا خفيفًا. وللحصول على فهم أعمق للجهاز وطبيعة هذا النوع من العلاج، اشتريت الجهاز واستخدمته مرتين يوميًّا لعدة أسابيع. الجهاز مصنوع من البلاستيك ويشبه جهاز التحكم عن بعد الخاص بمكيف الهواء؛ ويمكن تثبيته على حزامك في أثناء التشغيل. لقد جعلني وضع الأقطاب الكهربائية أشعر وكأنني بداخل فيلم خيال علمي؛ عندما رآني طفلي البالغ من العمر خمس سنوات وأنا أرتديه لأول مرة، اتهمني بأنني أبدو مثل كائن فضائي شرير. تومض الأضواء الموجودة على الجهاز طوال مدة الدقائق العشرين؛ ثم يتوقف تلقائيًّا. من الصعب التخلص من الشعور بالوقوع في حب جهاز عصري جديد، يشبه صندوق الأورجون أو لوحة الويجا. عندما يُشغَّل الجهاز، وينشط التيار، يحدث وميض دقيق في الرؤية المحيطية، كما لو كان شخص ما يستخدم

ضوءًا قويًّا على بعد نحو مائة قدم خلفك. كان هناك أيضًا إحساس بالوخز في الصدغين، كما لو كانت الأقطاب الكهربائية مصنوعة من الصوف الفولاذي.

وجدت إدارة الغذاء والدواء الأمريكية أن هذه البدائل غير ضارة في أسوأ الأحوال.[28] لكن العلاجات المخصصة للاستخدام المنزلي غالبًا ما تكون إشكالية للغاية. يذكر رولاند نادلر، زميل مركز ستانفورد للقانون والعلوم البيولوجية والمدير المشارك لمجموعة ستانفورد متعددة التخصصات لعلم الأعصاب والقانون (SIGNAL)، دراسة وجدت أن جهاز التحفيز بالتيار المتردد الذي يزيد من المهارات المتعلقة بالرياضيات لدى الأشخاص عند استخدامه بشكل صحيح يمكن أن يقلل من تلك المهارات عند استخدامه بشكل غير صحيح. ويقول: «إن إطلاق الكهرباء عبر دماغ المرء ليس شيئًا بسيطًا يمكن أن يفعله الهواة. وفي حين أن هناك العديد من الأشياء غير الخاضعة للتنظيم التي يمكن للناس استخدامها دون الكثير من الإشراف، فإن تلك الأجهزة التي تستخدم لتمرير الكهرباء في الدماغ أقرب إلى العقاقير الطبية، وتتطلب خبرة للاستخدام الحكيم».[29]

لا أعلم مدى فاعلية جهاز فيشر والاس. لم أكن مكتئبًا بشدة عندما بدأت استخدامه، ولكن أعتقد أنه أعطاني دفعة. لم أشعر بتحول كبير، لكنه وضعني في (أو ربما تزامن مع) حالة هوس خفيف أشعر بها أحيانًا على أي حال. وبالتأكيد لم يجعلني أنام. في الواقع، شعرت بالنشاط إلى حد ما بعد استخدامه. يبدو أنه ساعدني في تحسين حالتي المزاجية في الصباح، حيث كان الصباح هو الوقت الذي أشعر فيه عادةً بالاستنزاف العاطفي. لقد كنت أقل قلقًا، وأكثر جرأة. أدرك بالطبع أن التدخلات النفسية لديها استجابة عالية للعلاج الوهمي، مما يجعل من الصعب بشكل خاص تحديد أي جزء من تجربتي يعكس الأثر الحقيقي للعلاج نفسه، وأي جزء يرجع إلى تفاؤلي. واصلت استخدامه لفترة من الوقت، ثم تركته يسلك طريق سماعات الأذن نفسه، والتمارين المختلفة الموصوفة لأسفل ظهري، وبعض النظافة الشديدة للأسنان التي حافظت عليها لبعض الوقت ثم تخليت عنها. ربما يكون من الجنون إثارة وتحفيز دماغ المرء، ولكن عندما تكون مصابًا باكتئاب حاد، فإن أي حل غير جراحي يأتي دون آثار جانبية كبيرة يبدو يستحق المحاولة. لا أزال أنوي العودة إلى جهاز التحفيز الخاص بي وربما سأفعل ذلك في وقت ما.

أما العلاج الكهربائي الذي ينطوي على تدخل شبه جراحي، أي تحفيز العصب المبهم (VNS)، الذي كان يستخدم سابقًا لعلاج الصرع، فقد وافقت عليه إدارة الغذاء والدواء لعلاج الاكتئاب في عام 2005.[30] العصب المبهم، وهو أحد أزواج الأعصاب القحفية الاثني عشر، يمر عبر الرقبة ويسهل التواصل بين الدماغ والعديد من الأجهزة والأنظمة الأخرى. في تحفيز العصب المبهم، يُلَف سلك حول العصب المبهم ويُوصَّل ببطارية تُدخَل بشكل دائم تحت الجلد بالقرب من عظمة الترقوة. وليس من الواضح كيف يعمل على الاكتئاب، على الرغم من أنه من المفترض أن يعدل النوربينفرين حمض الجابا وGABA. كانت نتائج تجارب تحفيز العصب

المبهم مختلطة، ولكن يبدو أن لديه بعض الفوائد المحتملة لبعض الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب المقاوم للعلاج. ومثل جميع التدخلات الجراحية، فإنه ينطوي على مخاطر. وتشمل الآثار الجانبية بحة في الصوت والسعال وآلام الرقبة أو الفك والغثيان وتوقف التنفس في أثناء النوم.

تعد عملية التحفيز العميق للدماغ (DBS) لعلاج الاكتئاب هي الإجراء الأكثر تدخلاً ولكنه أيضًا أكثر فاعلية وفي بعض النواحي أكثر ثورية[31]، وكانت هيلين مايبيرج رائدة فيه، وهي تعمل الآن في جامعة إيموري. عملت مايبيرج لسنوات عديدة في التصوير العصبي الوظيفي. وفي أوائل العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، وجدت عدم انتظام متكررًا في أدمغة المصابين بالاكتئاب في باحة برودمان الخامسة والعشرين من المنطقة الحزامية تحت الثفنية. لم يلاحظ أحد مثل هذا الارتباط من قبل. في الواقع، لم تُدرَس الباحة الخامسة والعشرين إلا قليلًا. عندما طورت مايبرج استراتيجيات تصوير جديدة، أصبحت مقتنعة بوجود علاقة بين الاكتئاب وباحة برودمان الخامسة والعشرين. ولاحظت أيضًا أن الاضطرابات في هذه المنطقة أصبحت طبيعية لدى الأشخاص الذين استجابوا جيدًا لمضادات الاكتئاب وافترضت أن خلل التنظيم الذي لاحظته هناك قد يكون أساسيًّا في مزاج المرضى.

لقد تواصلتْ مع زميلها وجراح الأعصاب في تورونتو أندريس لوزانو، الخبير في استخدام التحفيز العميق للدماغ لمرض باركنسون، وأنشأت معه بروتوكولًا جديدًا، على أمل أن يكون اكتشافها الجديد هو الأساس لعلاج فعال. وافترضت أن التحفيز الدماغي العميق الذي يُستَخدم في الأساس للأشخاص المصابين بمرض باركنسون يمكن استخدامه لتحفيز باحة برودمان الخامسة والعشرين وتنظيم فرط نشاطها. إن تصميم عملية جديدة تمامًا لجراحة الأعصاب ليس بالأمر السهل لأن التشريح العصبي معقد وأي تدخل فيه يجب أن يتم بعناية كبيرة. إن رعاية ودعم مثل هذا الإجراء من خلال مجالس المراجعة المؤسسية وغيرها من الهيئات التنظيمية قد يكون أمرًا شاقًّا. ولكن في غضون عامين فقط، مهدت مايبيرج الطريق لعلاج مرضى الاكتئاب باستخدام تقنية التحفيز العميق للدماغ. إن الجهاز الذي تستخدمه يشبه جهاز تنظيم ضربات القلب لكن للدماغ. باستخدام التوجيه التجسيمي، يدخِل الجراح سلكًا رفيعًا، وهو قطب التحفيز العميق، من خلال فتحة في الجمجمة، ويستغل المعلومات الواردة من فحوصات التصوير بالرنين المغناطيسي لتوجيهه إلى المادة البيضاء المجاورة للباحة الخامسة والعشرين، ثم يوصله ببطارية مثبتة تحت الجلد بالقرب من الترقوة. ترسل البطارية تحفيزًا مستمرًّا إلى الدماغ وتستمر لمدة تتراوح بين سنتين إلى أربع سنوات، اعتمادًا على التيار المطلوب، قبل أن تحتاج إلى استبدالها. وعلى عكس التحفيز الكهربائي القحفي والتحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة، حيث تُستَهدف قشرة الفص الجبهي تقريبيًّا، يعتمد التحفيز العميق للدماغ على موضع دقيق تمامًا.

من خلال العمل فقط مع المرضى المقاومين للعلاج الذين يعانون إعاقة دائمة نتيجة لمرضهم -الذين لا يستجيبون للعلاج النفسي والأدوية والعلاج بالصدمات الكهربائية- أعادت مايبيرج العديد من المشاركين في الدراسة إلى حياتهم الطبيعية. ويجب أن يكون المرضى واعين في أثناء الجراحة، كما أنها لا تخبرهم عند تشغيل الجهاز، ولكن الاستجابة غالبًا ما تكون فورية. ففي غضون ثوانٍ، قال أحد المرضى: «ماذا فعلتِ للتو؟» فسألته مايبيرج: «لماذا؟» فأجاب: «كنت أشعر وكأنني محبوسٌ في غرفة فيها عشرة أطفال يصرخون وهناك ضجيج مستمر، لا راحة منه ولا مفر. أما الآن فقد غادر الأطفال الغرفة».[32] في الدراسات المنشورة التي أجرتها مايبيرج وزملاؤها وفي دراسات إضافية أجرتها مجموعات أخرى، تحسَّن ما يقرب من ثلثي المرضى بعد هذا الإجراء الجراحي، وأكثر من الثلث حققوا شفاءً ملحوظًا من اكتئابهم.[33] إن الأشخاص الأوائل الذين استخدموا التحفيز العميق للدماغ جربوه لأكثر من عقد من الزمان، وفي البيانات المنشورة، استمر نحو ثلثي أولئك الذين استجابوا في البداية في العيش بشكل جيد. وعندما أوقِف تشغيل أجهزتهم، على أساس تجريبي، عادوا إلى الاكتئاب في غضون بضعة أسابيع. بالطبع، لن يختار معظم الأشخاص المصابين بالاكتئاب إجراء جراحة بالدماغ؛ وسيُستَخدَم دائمًا البروتوكول بشكل انتقائي. لكن ابتكار مايبيرج مهم لسببين. أولاً، فهو يساعد الأشخاص الذين بدا في السابق أن حالتهم ميؤوس منها؛ إذ يبدو أنه يثير أفضل استجابة علاجية للأشخاص الذين يعانون الاكتئاب المقاوم للعلاج. ثانيًا، لقد أيقظت الباحثين على الدور الحاسم لباحة بوردمان الخامسة والعشرين في الدماغ، وبالتالي سيبحث البعض عن طرق أقل خطورة لتنظيم نشاطها.

أخبرتني مايبيرج أنها تأتيها العديد من الرسائل من مرضى الاكتئاب الذين يريدون التسجيل في التجارب؛ إذ تبدو إمكانية التعافي كشريان الحياة للأشخاص الغارقين في اليأس بشكل مستعصٍ. لكن الجراحة الدماغية أمرٌ محفوف بالمخاطر دائمًا، ومثل جراحات الأعصاب الأخرى، يمكن أن تفشل هذه العملية. فبعض الأشخاص لا يتحسنون، والبعض الآخر يعاني مضاعفات كبيرة. ففي دراسة متعددة المراكز لم تشارك فيها مايبيرج، تسمى برودن BROADEN (التعديل العصبي العميق للدماغ في منطقة برودمان الخامسة والعشرين)، أشرفت عليها شركة سانت جود ميديكال التي تصنع أجهزة التحفيز العميق للدماغ، علقت إدارة الغذاء والدواء الأمريكية التجربة بعد أن فشلت في «تحليل الجدوى»، الذي أُجري لتحديد ما إذا كان المرضى الذين يتلقون العلاج أفضل من المجموعة الضابطة في الوصول إلى الأهداف المحددة قبل الدراسة.[34] ويعكس هذا التعليق الطريقة التي تم بها أداء الدراسة فيما يتعلق بالأهداف المحددة سابقًا ولا يرتبط بسلامة الإجراء. لم تصدر شركة سانت جود ميديكال تفسيرًا، لكن تعليق التجربة يشير على الأرجح إما إلى أن أولئك الذين استخدموا أجهزة زائفة كانوا في حالة أفضل مما كان متوقعًا، وإما أن أولئك الذين استخدموا أجهزة

فعلية كانوا في حالة أقل مما كان متوقعًا. كما يمكن أن يشير إلى مجرد استخدام أنظمة القياس الخاطئة في التجربة الأولية.

ومع ذلك، فإنه تطورٌ مثير للقلق بالنسبة إلى دراسة إجراء ينطوي على احتمال الضرر.[35] اقترحت مايبيرج أن دراسة برودن من المرجح أن يكون لديها أهداف مفرطة في الشمول والعموم. وأضافت: «أكره أن أرى شيئًا مهجورًا لأنني لا أملك التكنولوجيا اللازمة للقيام به كما ينبغي. لسوء الحظ، الطريقة الوحيدة لإحراز تقدم هي الاستمرار في إجراء الجراحة». ومع ذلك، أشارت إحدى المراجعات في مجلة نيتشر إلى أن التحفيز العميق للدماغ لا يزال ينطوي على مخاطر جراحية مثل النزيف وإمكانية حدوث مضاعفات نفسية مثل التفكير في الانتحار. كما أنها عملية مكلفة. أعرب جون هورجان، الذي يكتب لمدونة ساينتفيك أمريكان، عن شكوكه حول عمل مايبيرج، لكن اعتراضاته غامضة، باستثناء أنه يجد الدعم الإعلامي الإيجابي الذي تتلقاه ساذجًا للغاية ويعتقد أن دراساتها محدودة للغاية. لقد شاركت مايبيرج بشكل مباشر في إجراء العملية لخمسين شخصًا، وهو حجم عينة محدود لأي دراسة، على الرغم من أنه يتوافق مع النهج الحذر تجاه إجراء مناسب لعدد صغير نسبيًّا من الأشخاص. وهو يشير إلى أن التغطية الإعلامية لعمل مايبيرج تركز على أولئك الذين يتحسنون، وليس على أولئك الذين لا يتحسنون، وأن الفشل في إجراء جراحة دماغية هو تجربة غير سارة. واعترضت الصحفية أليسون باس على الروابط المالية التي تربط مايبيرج بالشركات التي تصنع أجهزة التحفيز العميق للدماغ؛ إذ على الرغم من مكافأة معظم المبتكرين على اختراعاتهم، تؤكد باس أن مايبيرج لم تكشف بشكل كامل عن علاقاتها المالية مع الشركات المُصنعة. وقد صاغ باحثو التحفيز العميق للدماغ الآن المبادئ التوجيهية الأخلاقية لعملهم.[36]

إنه وضعٌ معقد. كان بعض الجراحين المشاركين في دراسة برودن يجرون هذه الجراحة لأول مرة، والمرة الأولى تكون حاسمة؛ لكن حتى الجراحين الذين يعملون مع مايبيرج قد تحسنوا في إجراء الجراحة بعد أن قاموا بها عدة مرات. كتب لي أحد المشاركين في تجربة برودن وهو ستيف أوجبورن، قائلًا: «كنت المريض رقم ثلاثة في جامعة ستانفورد، وأحد آخر الأشخاص الذين أُجريت لهم الجراحة في الدراسة. خضعت للعملية في 4 ديسمبر 2013، وذلك بسبب مضاعفات متعددة، وألم شديد مزمن في الرأس، وتلف جراحي أو ندبة في العصب الإضافي الشوكي والعصب القذالي. وفي هذه المرحلة، أعاني أضرارًا جانبية للدراسة، ولا أزال أعاني آلامًا شديدة في الرأس والصدر، وحدث ضمور بكتفي اليمنى وذراعي، وحاولت كل سبل الدعم التي يمكنني التفكير فيها».[37] وأضاف لاحقًا: «لقد التقيت مؤخرًا أحد زملائي المشاركين في التجربة من جامعة كبرى أخرى في كاليفورنيا. والحمد لله لا يوجد لديه ألم في هذه المرحلة. لكن بالنسبة إليه فإن الصدمة النفسية الناجمة عن مشاركته كبيرة». يبدو من غير الواضح إلى أي مدى ترجع هذه المشكلات إلى عدم نجاح العملية في حد ذاتها وإلى أي مدى تعكس الاضطراب الأساسي الذي لا يزال قائمًا. لكن جراحة الدماغ لا يمكن الاستخفاف

بها على الإطلاق، وقد اختُبِر هذا الإجراء حتى الآن على مجموعة صغيرة فقط. اعترفت لي مايبيرج قائلة: «عندما يوضع القطب الكهربائي، يمكن أن يصاب المريض بنسيج ندبي، وإذا أُصيب العصب البؤري، يمكن أن يصاب بمتلازمة الألم».

أشارت مايبيرج إلى أن الاستجابة لجراحة التحفيز العميق قد تتقوض من خلال «العديد من العوامل التي تتجاوز الوضع المثالي للقطب الكهربائي من قبيل: الأمراض النفسية المصاحبة غير المعروفة التي تؤثر على مقاييس التصنيف، وسمات الشخصية، والعوامل النفسية أو البيئية التي تصبح واضحة بعد العملية». وتؤكد أن اختيار المرضى المناسبين أمر في غاية الأهمية؛ فعلى سبيل المثال، لا يعمل التحفيز العميق للدماغ بشكل جيد مع الأشخاص الذين يكون تشخيصهم الأساسي هو القلق. وقالت: «نحن نغير العقول، وليس الحياة. حتى عندما ينجح الأمر، ففي غضون أربعة إلى ستة أشهر، سينتهي شهر العسل؛ وسيُتوقَّع منك القيام بأشياء. قد تحاول الحصول على وظيفة ولا تسير الأمور على ما يرام. كما أن حالتك العاطفية، مثل الجميع، سوف تتأثر بضغوط الحياة». وبعبارة أخرى، فإن الجراحة لا تُصلح إلا قدرًا محددًا. أشارت مايبيرج إلى أن «الطبيب الذي يستبدل مفصل الورك لديك يمكنه أن يسعد بركضك في الماراثون لكنه لا ينسب إليه الفضل في ذلك، ولا ينبغي أن تغضب من طبيبك إذا لم تتمكن من خوض الماراثون؛ فالكثير منا لا يستطيع ذلك. يمكن للتحفيز العميق للدماغ أن يزيل المكابح للأشخاص الذين لا يستطيعون التحرك، ولكن يتعين عليهم الإمساك بعجلة القيادة والضغط على الدواسة. عليهم أن يقضوا على كل عاداتهم العاطفية السيئة ويصنعوا عادات جيدة».

ويتعين على المرء أيضًا أن يأخذ في الاعتبار ما يُشار إليه غالبًا بدورة جارتنر للضجيج. التي تقترح أن أي تكنولوجيا جديدة تصل إلى ذروة أولية من التوقعات المتضخمة، ثم تغرق في قاع خيبة الأمل، ثم تظهر أخيرًا عند مستوى الإنتاجية. لقد اشتكت مايبيرج نفسها من أن الناس «ظنوا خطأً أنني المسيح». وأضافت: «العلم لا يسير بالسرعة الكافية لتلبية الاحتياجات الطبية. أنا أومن بهذا العلاج، لكن الزمن وحده هو الذي سيحدد استخداماته». يعد العلاج بالتحفيز العميق للدماغ علاجًا جديدًا. لقد كانت النتائج الأولية التي حققتها مايبيرج مذهلة. ولكن يجب ألا ننسى أبدًا كيف بدت التقنيات الأخرى واعدة في البداية. ففي حين تبين أن العلاج بالصدمات الكهربائية كان معجزة تقريبًا، فقد فقدتْ كلٌّ من صدمة الأنسولين وجراحة الفص مصداقيتهما في نهاية المطاف، ليس فقط باعتبارهما عديمتي الفائدة، ولكن باعتبارهما ضارتين أيضًا. حتى علاجات الاكتئاب الأكثر اعتدالًا -بدءًا من الأدوية وحتى التحليل النفسي- عادةً ما تكون مصحوبة بآثار جانبية قد لا يتحملها بعض الأشخاص؛ ولم يعثر أحد حتى الآن على أي شيء يساعد في علاج الأمراض النفسية الشديدة لا يسبب ضررًا في بعض الأحيان. وما نحتاج إليه، في ضوء الأدلة الحالية، هو إجراء أبحاث حذرة ولكن مستمرة في هذه التقنية الواعدة.

نشرت مايبيرج وزملاؤها ورقة بحثية في عام 2014، بعد إنهاء دراسة برودن، التي تعكس المزيد من الأبحاث حول أولئك الذين استجابوا بشكل جيد للتحفيز العميق للدماغ وأولئك الذين لم يستجيبوا. وقد وجدوا أن هناك روابط تتشكل في أدمغة المستجيبين ولا توجد في أدمغة غير المستجيبين، وهي روابط تذهب بعيدًا خارج الباحة الخامسة والعشرين، بل وحتى خارج الحزامية تحت الثفنية. وحددوا «بصمة» لثلاثة روابط يجب تحقيقها حتى تعمل الأجهزة على النحو الأمثل. وسيساعد هذا الاكتشاف الأطباء على وضع الأجهزة بشكل أكثر دقة؛ وقد يكون مفيدًا في تحديد المكان الذي يجب أن يوضع فيه الجهاز لكل فرد بالضبط، من خلال المسح الضوئي قبل الجراحة، للوصول إلى نطاق أوسع من الروابط المطلوبة. بالإضافة إلى ذلك، قد يوضح ذلك كيفية معايرة التحفيز المقدم لأي شخص معين. فهو يقترح خوارزمية جديدة محتملة لاختيار الهدف داخل الدماغ، التي ربما كانت ستنفع مؤسسي دراسة برودن. أعرب توماس إنسل عن تحفظاته بشأن تجربة سانت جود: «وفق ما رأيته، فإنهم لم يدرسوا بعناية أين وكيف يؤثر التحفيز على الدماغ، مما يجعل من الصعب التعلم من النتائج السلبية. يمكن أن يكون الأمر مثل إجراء تجربة دوائية بجرعة غير كافية. إن ما ينبغي فعله هو تحديد الهدف الذي يجب تغييره لمعرفة أن لديك جرعة كافية للاستجابة المضادة للاكتئاب».

أُنجِزت بعض الأعمال من خلال التحفيز العميق للمخطط البطني ventral striatum في الدماغ، على الرغم من أن هذا لم يكن ناجحًا مثل عمل مايبيرج في باحة برودمان الخامسة والعشرين. وقد حاول الباحثون في ألمانيا تطبيق التحفيز العميق للدماغ على منطقة العنان[38] habenula، مع بعض النتائج الأولية الواعدة. وأفاد تقرير عن المشارك الأول في التجربة أنه شُفي تمامًا من أعراضه بعد مقاومة العلاجٍ لمدة تسع سنوات ومعاناته من شكل من أشكال الاكتئاب لمدة ستة وأربعين عامًا. وعندما أُنهِي التحفيز عن طريق الخطأ، تعرض لانتكاسة شديدة. وأسفرت عملية لاحقة لشخصين آخرين عن نتائج مماثلة.

يعكس هذا العمل على منطقة العنان التركيز المتزايد على نظام المكافأة في حالة الاكتئاب. أجرت مجموعة من علماء النفس في جامعة هارفارد تجارب عرضوا فيها على الأشخاص خيارين: أداء مهمة بسيطة مقابل أموال أقل، أو مهمة أكثر صعوبة مقابل أموال أكثر. وكان يتكرر الاختيار مع تزايد صعوبة المطالب بشكل مطرد.[39] واتضح أن الأشخاص غير المكتئبين يختارون المهمة الأصعب لفترة أطول بكثير من الأشخاص المكتئبين، مما يشير إلى أن الأشخاص المكتئبين يستمدون متعة أقل من المال مقارنة بالمبتهجين. ويبدو أن سلوكهم أقل تأثرًا بإمكانية المكافأة. وقد ثبت هذا الانقسام في الأنواع الحيوانية الأخرى. فالفئران التي تُظهِر أعراض الاكتئاب سوف تتخلى عن خيار المكافأة في وقت أسرع بكثير من الفئران الأخرى. لقد ناضل العلماء لفهم تحول الاكتئاب من جذوره الجينية أو اللاجينية المفترضة إلى عواطف وسلوكيات. ويمكن أن يكمن الحل في حقيقة أنه في حالة الاكتئاب، تكون دوائر المكافأة أقل نشاطًا، في حين تكون دوائر العقاب نشطة بشكل مفرط.

مسارات المكافأة معقدة للغاية وتمتد عبر العديد من مناطق الدماغ. وهي تنطوي على ناقلات عصبية مختلفة. لقد أسفرت عقود من البحث في كيفية تنشيط دوائر المكافأة بواسطة العقاقير الترويحية عن معلومات متضاربة. ولكن في حين أن الإدمان والاكتئاب يرتبطان بدائرة المكافأة، إلا أن لديهما آليات مختلفة تمامًا. تساعد أدوات التصوير الجديدة والناقلات الجينية وأدوات علم البصريات الوراثي في تحديد تأثير منطقة العنان على هذه الدوائر بدقة أكبر بكثير. وتفيد المعرفة المكتسبة من خلال هذا البحث في تطوير علاجات تستهدف مناطق معينة. إن إثبات أن الاكتئاب ينبع من منطقة العنان لدى بعض الأشخاص ومن منطقة باحة برودمان الخامسة والعشرين لدى آخرين من شأنه أن يسمح لنا بتحديد أنواع الاكتئاب الفرعية وبالتالي تطوير علاجات أكثر تركيزًا وفردية وفاعلية.

يبدو أن التحفيز المباشر لمنطقة العنان في الفئران ينظم نشاطها، وينشط دائرة المكافأة ويقمع دائرة العقاب.[40] فعندما حُفِّزت لم تعد الفئران تتصرف بالاكتئاب. وكتب باحثون آخرون أن العنان «يعمل كمركز للمعلومات العاطفية». قد تكون بنيته «مُهيئة لتحويل المعلومات العاطفية إلى استجابات سلوكية مناسبة»، وفرط نشاطه «قد يساهم في الاكتئاب وقد يؤدي قمعه إلى تقليل أعراض الاكتئاب». وقد أطلق واين جودمان وفريتز هين وزملاؤهما في مستشفى جبل سيناء في نيويورك دراسة عن التحفيز العميق للدماغ الذي يستهدف منطقة العنان.[41]

وتشمل التقنيات غير الدوائية الأخرى قيد التطوير الموجات فوق الصوتية المركزة، والعلاج بالضوء القريب من الأشعة تحت الحمراء، والتحفيز البصري الوراثي (حتى الآن مفيد فقط للفئران).[42] يمكن استخدام الموجات فوق الصوتية في عمليات الاستئصال (مثل بضع الحزام الذي أجراه فرانك روساكوف [انظر الفصلين الرابع والثاني عشر]، الذي جلب له ذلك التحسن الملحوظ) دون جراحة؛ ويمكن استخدامه أيضًا كمنشط مشابه للمغناطيسية. ويمكن للأشعة تحت الحمراء إزالة استقطاب الخلايا العصبية وتعديل نموها. ولم تُستكشَف بعد تطبيقات هذه التكنولوجيا بالكامل. كما أن البروتينات الميكروبية التي تسمى الأوبسينات، الموجودة في القوارض، تفتح قنوات الأيونات العصبية عندما تتعرض للضوء. ويمكن أن تؤدي هذه الحساسية إلى نوع مختلف من تقنية التحفيز العميق للدماغ، حيث يبعث الجهاز الضوء بدلًا من التيار الكهربائي، وبالتالي يحفز الأجزاء العميقة في الدماغ. لكن هناك حاجة إلى مزيد من البحث لتحديد المكان الذي يدخِل فيه الجراح الأوبسينات أو يستخدم التحفيز المستهدف أو يستأصل باستخدام الموجات فوق الصوتية بشكل أكثر دقة. ومثل تقنية التحفيز العميق للدماغ، تتطلب جميع هذه الإجراءات معرفة أفضل حول دوائر الاكتئاب. لقد اكتشفنا أن الاكتئاب هو عدم انتظام في الدوائر العصبية، ولكننا لم نكتشف بعد كيفية احتوائه.

بالنسبة إلى أولئك الذين لا يغريهم العلاج الكهربائي أو جراحة الدماغ، فقد استُخدِمت العديد من التقنيات شبه السلوكية. يُستخدم البوتوكس في المقام الأول لأغراض التجميل؛ فهو

يشل العضلات وبالتالي ينعم التجاعيد.[43] لكن حقن الطبيب نورمان روزنتال، الذي اكتشف لأول مرة الاضطراب العاطفي الموسمي (SAD)، البوتوكس للمرضى المصابين بالاكتئاب لشل العضلات المستخدمة في العبوس، ووجد أنهم أصبحوا أقل اكتئابًا بشكل ملحوظ. أجرى روزنتال وأحد أطباء الأمراض الجلدية التجميلية دراسة حُقِن فيها الأشخاص إما بالبوتوكس وإما بمحلول ملحي. وبعد ستة أسابيع، تحسن 52% من الأشخاص الذين حُقنوا بالبوتوكس، مقارنة بـ 15% فقط من أولئك الذين حُقنوا بالعلاج الوهمي. وهذا البحث قابل للتكرار. وقد أسفرت الدراسات التي أُجريت في البرازيل وسويسرا عن نتائج مماثلة. إن فكرة أن تعبيرات الوجه لا تشير فقط إلى الحالة المزاجية، ولكنها تخلقها أو تدعمها أيضًا، ليست فكرة جديدة. فقد افترض داروين أن تعبيرات الوجه تُعدل الحالات النفسية[44]، وكتب عالم النفس والفيلسوف ويليام جيمس في القرن التاسع عشر يقول: «نحن نشعر بالحزن لأننا نبكي، ونشعر بالغضب لأننا نهاجم، ونخاف لأننا نرتجف، ولسنا نبكي لأننا نشعر بالحزن، أو نهاجم لأننا غاضبون أو نرتجف لأننا خائفون».[45]

تشير مجموعة أخرى من الدراسات إلى أن علاج الأرق يعزز فاعلية علاج الاكتئاب. ففي دراسة صغيرة، استجاب 87% من الأشخاص الذين عولِج الأرق لديهم بشكل إيجابي لمضادات الاكتئاب، وهو ضعف معدل أولئك الذين لم يتمكنوا من التغلب على أرقهم.[46] لذا فيبدو أننا لا ننام بشكل سيئ فقط لأننا نشعر بالاكتئاب، بل نعاني أيضًا الاكتئاب بسبب قلة النوم. تلقى الأشخاص في معظم دراسات النوم ذات الصلة شكلًا من أشكال العلاج السلوكي المعرفي للأرق وتعلموا تنظيم وقت النوم ووقت الاستيقاظ بأشياء من قبيل البقاء خارج السرير في أثناء النهار، وتجنب مشاهدة التلفاز والقراءة في السرير، والتخلي عن القيلولة. وقد أدار الكثير من هذا البحث أندرو كريستال في جامعة ديوك. وقد وصف النوم بأنه «أرض شاسعة وغير مستكشفة بعد في الطب النفسي»[47]، وأضاف: «للجسم دورات يومية معقدة، وفي الطب النفسي غالبًا ما نتجاهلها. نحن نعالج ما يحدث خلال النهار ولا نبذل سوى القليل من الجهد لمعرفة ما يحدث في الليل».

وأخيرًا، اقترح بعض الباحثين أن الاكتئاب يدل على وجود مشكلة جسدية خارج الدماغ. يعتقد المؤيدون لهذا الطرح أن الشعور بالاكتئاب يشبه إلى حد كبير الشعور بالمرض: الكسل وتثبيط الهمة والإرهاق أنفسهم. يجادل البعض بأنه قد يكون نوعًا من الأمراض الجسدية التي لا تظهر لها أعراض. قال جورج سلافيتش، عالم النفس الإكلينيكي بجامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس: «لم أعد أتحدث عنه كحالة نفسية بعد الآن. إنه يشمل النفسية، ولكنه يشمل أيضًا عوامل بيولوجية وجسدية بالقدر نفسه».[48] ويفترض تورهان كانلي من جامعة ستوني بروك أنه بما أن العدوى تسبب الالتهاب، «فبدلًا من تصور اضطراب الاكتئاب باعتباره اضطرابًا عاطفيًّا، أقترح إعادة تصوره باعتباره شكلًا من أشكال الأمراض المعدية».[49] واقترح آخرون أن الالتهاب يعكس رد فعل تحسسي. وأكد أحد «الخبراء»، وهو الطبيب النفسي المتمرد كيلي

بروجان، أن الاكتئاب ليس مرضًا دماغيًّا على الإطلاق، ولكنه مرض هضمي، وأن الميكروبيوم غير المنظم يسبب التهابًا يمكن حله (مع الاكتئاب) عن طريق نظام غذائي خالٍ من الجلوتين ومكملات غذائية طبيعية. يكتب بروجان: «اتضح أن الأمر قد لا يكون في رأسك، بل في الترابط بين أجهزة الأمعاء والمناعة والغدد الصماء».

ينجم الالتهاب عن السيتوكينات، وهي بروتينات تُطلَق في مجرى الدم التي تؤدي إلى استجابة مناعية. يسجل بعض الأشخاص المصابين بالاكتئاب مستويات عالية من السيتوكينات، كما أن حقن شخصٍ بلقاح يزيد من مستويات السيتوكينات والالتهاب يمكن أن يولد الاكتئاب.[50] وغالبًا ما يعاني الأشخاص المصابون بحالات التهابية مثل التهاب المفاصل الروماتويدي الاكتئاب (على الرغم من أن الألم المزمن بحد ذاته يسبب الاكتئاب). وقد حاول بعض الأطباء تعزيز العلاج المضاد للاكتئاب باستخدام الأدوية المضادة للالتهابات.[51] وقد وجدت إحدى الدراسات أن دواء السيليكوكسيب المضاد للالتهابات عزز فاعلية دواء الريبوكستين المضاد للاكتئاب.

وبطبيعة الحال، يمكن أن يؤثر سوء التغذية سلبًا على الصحة النفسية؛ ويجب على أي شخص يعاني الاكتئاب أن يهدف إلى تناول طعام متوازن. وصحيح أن الالتهاب مرهق وتتداخل أعراضه مع أعراض الاكتئاب. ولكن لا يوجد سوى أدلة ضئيلة على وجود علاقة سببية حقيقية، والعلوم المتعلقة بمعالجة الاكتئاب بمضادات الالتهابات، سواء الدوائية أو الغذائية، هي أولية في أحسن الأحوال.

لقد صُمِّمت العديد من العلاجات الحديثة للاكتئاب المقاوم للعلاج. عند النظر إلى هذه العلاجات من مسافة بعيدة، قد تبدو فاعليتها مشكوكًا فيها أو أنها تسبب آثارًا سلبية كثيرة بحيث لا تناسب سوى نسبة صغيرة من المكتئبين. ومع ذلك، عندما تواجه شخصًا في هذه الحالة، تدرك بسرعة الحاجة الماسة لمثل هذه العلاجات. بعد فترة وجيزة من نشر هذا الكتاب لأول مرة، عاودت التواصل مع أحد معارفي الذي كان يحارب الاكتئاب المقاوم للعلاج لفترة طويلة، الذي تضمنت دورة حياته على مدى السنوات الخمس عشرة الماضية تجارب لكل ما هو جديد تقريبًا في هذا المجال. وتوضح قصته التعقيد الجهنمي للاكتئاب والتعقيد المحير بالقدر نفسه في معالجته.

شُخِّصت إصابة روب فرانكل بـ «فشل النمو» عندما كان رضيعًا. وطوال حياته، كان يعاني الاكتئاب الموسمي في الأسبوع الثالث أو الرابع من شهر مارس. «أعرف ذلك دائمًا لأن كل شيء يصبح له طعم مختلف. أستطيع أن أتذكر ذلك منذ أن كنت في الصف الثاني أو الثالث على الأقل. أتذكر أنني كنت لا أود الخروج واللعب في تلك تلك الأوقات، على الرغم من أنني في بقية أوقات السنة، بغض النظر عن درجة الحرارة أو البرودة، كنت أظل بالخارج ألعب دومًا». واستمر هذا النمط حتى المدرسة الثانوية واشتد في الكلية، حيث طالت النوبات

إلى ما بعد شهر مارس. لم يكن لدى روب كلمة تصف محنته. «في الغالب كنت أشعر بالفشل. شعرت أنني أتخبط. تساءلت لماذا لا أستطيع أن أبدأ في أي شيء؟ لماذا يتشتت انتباهي؟ لماذا لا أهتم بالناس أو الأشياء أو بنفسي؟ لماذا لا أتعامل مع العالم؟ لماذا لا أتحدث مع أي شخص؟».

وبعد حصوله على شهادة جامعية، انتقل إلى الساحل الغربي، ووجد عملًا مدرسًا في مركز للأطفال المضطربين، وتزوج بصديقته الجامعية وأنجب ولدًا. لقد مر بأيام سيئة، لكن في البداية كان من الممكن التحكم فيها. ثم بدأت تتكرر أكثر فأكثر، وكانت تستمر لفترات أطول وأشعرته بمزيد من الإعاقة. وسرعان ما أصبح يعيش في بؤسٍ شبه دائم. شخَّص طبيب نفسي إصابته باضطراب نقص الانتباه (ADD) ووصف له بعض المنشطات مثل ديكسيدرين وتيجريتول. وبدا أن التشخيص يفسر عدم قدرته على التركيز على أي شيء. وبعد تناول الأدوية، فقد الكثير من الوزن وأصبح في حالة جسدية جيدة، لكنه شعر برغبة في الانتحار. ثم وجدت زوجته وظيفة جديدة في واشنطن العاصمة، وانتقلا إلى هناك. وذهب روب لرؤية اختصاصي جديد، الذي أخبره أنه يعاني بالفعل صرع الفص الصدغي، وليس اضطراب نقص الانتباه (ADD)، لذلك أخبره الطبيب بأن يتوقف عن تناول أدوية اضطراب نقص الانتباه (ADD) ووصف له دواء للصرع. لكن استمرت محنته في التصاعد، فاستشار طبيبًا آخر، الذي شخَّص في النهاية إصابته بالاكتئاب وأدخله إلى المستشفى. بدأ روب بتناول إيميبرامين (الذي لم يفعل له شيئًا)، ثم الليثيوم (الذي قتل شهيته)، ثم بروزاك (الذي ساعده)، ثم زولوفت (الذي ساعده أكثر). يتذكر قائلًا: «بعد ستة أسابيع من بدء تناول زولوفت، استيقظت ذات يوم وشعرت أنني بخير حال». كان ذلك في عام 1996، وكان في الثلاثين من عمره، واعتقد أنه أصبح في مأمن.

ولكن فاعلية زولوفت تلاشت، وسرعان ما أصيب روب بالاكتئاب الشديد مرة أخرى. بدأ طبيبه في صنع مزيج دوائي؛ فأضاف دواء إيفكسور، ثم ويلبوترين. كان روب منزعجًا لعدم شعوره بأي آثار جانبية، التي «كان من الممكن أن تكون دليلًا على أن الأدوية على الأقل تفعل شيئًا ما»، كما اعتقد. وبينما كان متمسكًا بالأدوية، خضع أيضًا لكل أنواع العلاج بالكلام. وبينما كانت زوجته تسعى للحصول على وظائف أفضل، انتقلا مرة أخرى، أولًا إلى ألبوكيركي ثم إلى نيويورك. كان بالكاد يستطيع العيش بشكل طبيعي، وفي النهاية طلبت زوجته الطلاق.

كان العيش بمفرده مريحًا في بعض النواحي، لكن العزلة أدت إلى تفاقم اكتئابه. وظل ينتقل من دواء إلى آخر. لم تجعل مثبطات أوكسيداز أحادي الأمين (فئة أقدم من مضادات الاكتئاب) اكتئابه يختفي، لكنها أثارت أفكار الانتحار في عقله. ومع ذلك، يتذكر قائلًا: «كنت أفكر باستمرار، كم سنة يمكنني أن أتحمل هذا حتى يصبح ابني كبيرًا بما يكفي بحيث أستطيع الانتحار؟» ومع ذلك، فقد أبقت الأبوة في النهاية روب على قيد الحياة. وتابع: «وجود ابني

يساعدني كثيرًا، حتى الآن بعدما بات يبلغ من العمر أربعة عشر عامًا ويُفضِّل رؤية أصدقائه على والديه. حتى مع ذلك، وجوده يساعدني».

في السنوات الأخيرة، أراد طبيبه أن يجرب الكيتامين، لكنه لم يستطع تسجيل روب في البروتوكول التجريبي. قال روب: «لقد جرب كل شيء. وكلما حاول أكثر، انخفضت الاستجابة». تحمل روب مسارًا للعلاج بالصدمات الكهربائية، وخسر ثمانية أشهر أو نحو ذلك من ذاكرته، وعاش خلال ثلاثة أسابيع في «ضبابٍ ذهني»، ولكن دون زيادة كبيرة في السعادة. ثم أعرب عن اهتمامه بتحفيز الدماغ العميق، لكنه لم يكن مؤهلًا للإجراء بسبب توقف تنفسه في أثناء النوم، مما قد يعقِّد النتائج الجراحية.

«أعرف كيف أستيقظ. أعرف كيفية الحصول على وظيفة. أعرف معنى العائلة والمهنة. لكنني لا أغادر السرير. وإذا غادرته، لا أغادر الكرسي أو الأريكة. أو أقضي اليوم على الأرض. ولم يعد الأمر يقتصر على ذلك؛ فحتى الاستحمام بدا عملية طويلة تتضمن خطوات لا نهائية، وعلى الرغم من أن أول خطوة هي الأصعب، فإنني يمكن أن أتعثر في أي خطوة. قد أتعثر عند الطاولة وأظل جالسًا هناك. قد أتعثر على الأريكة. قد أتعثر حتى بعد أن أدخل الحمام. لقد فتحت الماء ذات مرة ثم أطفأته بعد خمس عشرة دقيقة. كان قد ابتل جسمي ولكن لم أتمكن من تنشيف جسدي بالمنشفة».

ومع انخفاض حركته، اكتسب قدرًا كبيرًا من الوزن. وذكر ذهابه إلى المستشفى مرارًا وتكرارًا وعندما كان يطلب الأطباء منه تقييم مزاجه من واحد إلى عشرة «كنت أقول لهم 0.001. كان الاكتئاب مثل الغوص في قاع بحيرة من زبدة الفول السوداني. لم أكن أعرف أي طريق كان الشاطئ. لم أكن أعرف إلى أي مدى عليَّ أن أسبح للأعلى لأصل إلى السطح وأستنشق الهواء».

وعلى الرغم من صعوبة الأمر، اعترف روب، «كانت هناك أيام جيدة. كانت هناك ساعات جيدة. حتى عندما تكون الأمور في أسوأ حالاتها، كانت هناك دقائق جيدة. لم أفقد رغبتي الجنسية لأكثر من يوم أو يومين. وبغض النظر عن مدى اكتئابي، كان يمكنني أن أتفاعل مع الشخص عندما أتحدث معه. وبغض النظر عن مدى ميولي الانتحارية، كان لا يزال بإمكاني المزاح. لطالما كنت صادقًا. لذا قد أكون في الغرفة بلا شيء سوى مرتبة، وأبكي، ويكون كل شيء فظيعًا. ثم أقرأ كتاب ديفيد راكوف وأضحك. كانوا يعتقدون أنني زائف ومتصنع». إن الأشخاص الذين لا يُظهرون جميع العلامات الخارجية للاكتئاب دائمًا ما يحظون بتعاطف أقل، لكن لا يوجد أحد يعاني الاكتئاب لديه كل خصائصه طوال الوقت، كما أن القدرة على الضحك، في حين أنها شيء رائع، فهي لا تشير إلى أن الشخص بحالة جيدة بالضرورة. إن علم النفس، في سعيه لإعلان نفسه علمًا، يتمسك بالمقاييس العددية وقوائم الأعراض المحددة، لكن الاكتئاب لم يُعرَّف جيدًا. وعلى الرغم من أن روب كان يعاني الاكتئاب لسنوات، فإنه يُظهر

في بعض الأحيان علامات متناقضة مع شدة مرضه. قال مصرًّا: «لدي كل الأعراض، ولكن ليس دائمًا في الوقت نفسه. في بعض الأحيان تكون شهيتي جيدة وأحيانًا يمكنني الضحك وأحيانًا أستطيع النوم، ثم يتحول كل شيء». اعتقد طبيب روب الحالي أن الأمر يستحق تجربة التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة. ركزت الجولة العلاجية الأولى على الجانب الأيسر من الدماغ. لكنه تألم ولم يستفد منها، لذلك بعد بضعة أشهر تحول الطبيب إلى الجانب الأيمن من الدماغ. قال روب: «لقد شعرت وكأن هناك كرات بينج بونج كثيرة ترتطم بداخل رأسي. لكن، لا توجد نتائج». وبعد مرور عام، أخبره الطبيب أن الجهاز قد تحسن واقترح أن يحاولوا مرة أخرى ولكن دون جدوى. «لقد أصبحت غبيًّا. واجهت صعوبة في فهم المحادثات وخوضها. سجلت درجات متدنية في قسم الذاكرة في اختبار الذكاء. لم أكن أستطيع فهم العبارات ولا تكوينها».

اتصل الطبيب بباحثين في جامعة هارفارد كانوا يعملون على التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة؛ وقد اقترحوا أنه قد يكون من المفيد محاولة الاستخدام الثنائي للمغناطيس. قال روب متذكرًا: «أخبرونا أنهم يبدؤون بالجانب الأيمن ثم يُنشِّطون الجانب الأيسر بعد بضع دقائق. وقد أمكنني حينها أن أقول على الفور إن الأمر ينجح». في الوقت الذي تحدثت فيه إليه آخر مرة، كان روب في حالة جيدة جدًّا لمدة أربعة عشر شهرًا باستخدام التحفيز المغناطيسي الثنائي. لم يعد يمر بنوبات اكتئابية إلا بشكل بسيط في شهر مارس. قال واصفًا التحسن: «إذا شعرت بظلال بسيطة من الاكتئاب يوم الاثنين، لا يأتي يوم الخميس إلا وقد اختفت». وعلى مدار السنوات العشر الماضية، كان قرار روب الجديد للعام الجديد هو البقاء على قيد الحياة لمدة عام آخر. ومع ذلك، كان قراره هذا العام هو أن يكون له هدف أكثر إيجابية للعام التالي.

كان يتلقى التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة ستة أيام في الأسبوع لمدة أربع دقائق فقط على كل جانب من دماغه. كان يأكل بانتظام، وانضم إلى صالة الألعاب الرياضية وفقد ثلاثين رطلًا. كان لا يزال يتناول مزيجًا من الأدوية يتكون من نارديل (أحد مثبطات أوكسيداز أحادي الأمين) ولاميكتال (مضاد للاختلاج مع تأثيرات مزاجية)، والسينثرويد (هرمون الغدة الدرقية)، وكذلك زيت السمك وحمض الفوليك والفيرامين. وقد حصل أخيرًا على إمكانية الوصول إلى الكيتامين، الذي حقنه طبيبه له في العضل. كان تأثيره الوحيد هو التعب، لذلك توقف عن أخذه. تساءلت عما إذا كان روب سيستأنف التدريس، لكنه لم يستطع تحمل فكرة خذلان أي أطفال. كان لا يزال خائفًا من مغادرة المنطقة التي يعيش بها. «لا يمكنني حتى الوصول إلى بروكلين. أنا خائف من الذهاب إلى وسط المدينة». لقد استمعت إليه وفكرت في حادثة سفري إلى القارة القطبية الجنوبية. وأضاف: «على مدار الأعوام الاثني عشر الماضية، بغض النظر عن مدى تحسني في البداية، كان دائمًا ما ينتهي بي الأمر متحطمًا في المستشفى. لا أعتقد أن الأمر كذلك هذه المرة. أشعر في الواقع أنني لست مكتئبًا. لقد كنت أفكر مؤخرًا في أن الوقت قد حان للاتصال بالأصدقاء القدامى. لا يزال لدي «فشل في النمو»، لكنني آخذ الحبوب وأخضع للتحفيز المغناطيسي وأبذل قصارى جهدي. لم أعد في أسفل

بحيرة الفول السوداني. الآن يبدو الأمر كما لو أنني صعدت على منصة بها أرجوحة. الحياة هي تلك الأرجوحة، وسأحاول القفز والتشبث بها. قد تفلت من قبضتي وأسقط مرة أخرى. لكن على الأقل أنا على المنصة».

في حين أن هناك بعض التقدم في الأساليب الجديدة، كان هناك انحدار مقلق في القديمة. لقد أصبح من المألوف في التسعينيات الاستخفاف بالتحليل النفسي بشكل عام وفرويد بشكل خاص.[52] لقد أدركنا أن الأمراض النفسية كانت أمراضًا في الدماغ، ولم نعد نحتاج إلى الأساطير الغريبة من قبيل عقدة أوديب ونظرية «العلاقات بالموضوع». لكن في حين أن نموذج فرويد يحتاج بالتأكيد إلى مراجعة، كما هو الحال مع أي نظرية أو منظور مع مرور الوقت، فقد كان من الخطأ تجاهل آرائه بشكلٍ تام. يجب ألا يمنع فهم الدماغ أبدًا فهم تعقيد الفكر الإنساني. فالديناميكية النفسية هي واحدة من العديد من المفردات المفيدة لتفسير الوعي الإنساني.

لقد انخفض التركيز السريري على العلاج بالكلام.[53] حيث تؤكد شركات التأمين على أن تناول الأدوية، الموصوفة في زيارة واحدة للطبيب ثم المتابعة معه من حين لآخر، هو نهج أكثر فاعلية من حيث التكلفة.[54] ويجادلون بأن العلاج بالكلام ليس له إطار زمني محدد وذاتي للغاية. لكن وجهة النظر هذه خاطئة على مستويات متعددة. في المقام الأول، يستجيب بعض الناس للأدوية بشكل أفضل من الآخرين، واقتراح تقديم الأدوية كعلاج لكل الناس هو أمر ساذج. إن الاكتئاب هو في الأساس حالة من العزلة، وتشير أدلة جوهرية إلى أن التفاعل الإنساني الواعي هو من بين الحلول الأكثر فاعلية. إن تصور أن شخصًا ما يهتم بما تواجهه هو أمر مطمئن إلى حد كبير. يمكن أن يجعل الاعتماد على الدواء الأفراد يشعرون بالتحطم، في حين أن العلاج بالكلام يساهم في الشعور بانتفاء الوحدة. علاوة على ذلك، تدعم الأدلة الاستنتاج القائل بأن مزيج العلاج الكلامي والدواء يعمل في المتوسط بشكل أفضل من أحدهما وحده. ويمكن أن يساعد العلاج الكلامي الناس على تجنب الانتكاس الشديد، وهو الأفضل اقتصاديًّا، حتى بالنسبة إلى شركات التأمين، مقارنةً بالذهاب المتكرر إلى المستشفيات. إن للعلاج السلوكي المعرفي سجلًا حافلًا في معالجة الاكتئاب الخفيف إلى المتوسط، ولكنه نادرًا ما يُستخدم وكذلك الحال بالنسبة إلى العديد من الاستراتيجيات الفعالة. وفي الوقت نفسه، يقدم الأفراد غير المؤهلين أنفسهم بسهولة كخبراء، ويَعِدون بعلاجات وهمية غير واقعية. وفي حين أن المخاطر ليست شديدة مثل تلك المرتبطة بجراحات الدماغ غير الدقيقة، فإن المرض يمكن أن يتفاقم نتيجة تلك النصائح المضللة لأمثال هؤلاء.

وبمجرد أن أصبح نبذ العلاج بالكلام شائعًا، بدأ الهجوم على الطب النفسي البيولوجي. وفي حين تعرضت العلاجات الكلامية للانتقاد بسبب الازدراء، واجهت الأساليب البيولوجية في كثير من الأحيان تحديات مدفوعة بالخوف. لقد تورطت مضادات الاكتئاب، على وجه الخصوص، في كل قضية مجتمعية تقريبًا. على سبيل المثال، بعد أن كُشِف عن أن إريك

هاريس، أحد الأفراد المسؤولين عن مذبحة كولومباين، تناول مضادات الاكتئاب، ألمح الناشطون المناهضون للطب النفسي إلى أن هذه الأدوية كانت عاملًا مساهمًا.[55] وأوضح أحد الضحايا قائلًا: «لماذا نقلق بشأن الإرهابيين في بلدان أخرى في حين أن شركات الأدوية أصبحت أكبر الإرهابيين لدينا من خلال إطلاق هذه الأدوية على عامة الناس المطمئنين؟ كيف من المفترض أن نشعر بالأمان إذا لم نتمكن من الوثوق بإدارة الغذاء والدواء للقيام بما ندفع لها مقابل القيام به؟». وفي أعقاب المأساة، ظهرت مقالة لطبيب يعرب عن خجله من عدم كفاية الجهود في تثقيف الجمهور حول الآثار الجانبية لمضادات الاكتئاب. واعتذر الطبيب شخصيًّا لأي شخص تأثر أطفاله سلبًا بهذه الأدوية. وأشار إلى أن هذه الأدوية لا تزيل فقط حساسية الأفراد تجاه تجارب حياتهم الخاصة، بل تتسبب أيضًا في ضرر كبير.

وفي شهادة علنية في إدارة الغذاء والدواء الأمريكية، ألقى أحد الأشخاص الذي نصَّب نفسه خبيرًا باللوم على مضادات الاكتئاب في قائمة طويلة من العلل[56]: «على مدى عقود، أظهرت الأبحاث أن ضعف استقلاب السيروتونين سيؤدي إلى كوابيس، وصداع نصفي، وآلام حول القلب، وصعوبة في التنفس، وتفاقم شكاوى الشعب الهوائية، والتوتر والقلق الذي يظهر من العدم، والاكتئاب، والانتحار، والعداء، وجرائم العنف، وتعاطي المخدرات بما في ذلك الرغبة الشديدة في تناول الكحول والمخدرات الأخرى، والذهان، والهوس، والتوحد، وفقدان الشهية، والقيادة المتهورة، وألزهايمر، والسلوك الاندفاعي مع عدم الاهتمام بالعقاب، والسلوك المثير للجدل. كيف أمكن لأي شخص أن يعتقد أن إثارة هذه التفاعلات بشكلٍ كيميائي ستكون ذات فائدة، ومع ذلك فإن تلك المشكلات هي بالضبط ما شهدناه في مجتمعنا على مدى العقد ونصف العقد الماضيين نتيجة للاستخدام الواسع النطاق لهذه الأدوية».[57] إن الإيحاء بأن مضادات الاكتئاب هي أصل المشكلات الاجتماعية، من مرض التوحد إلى مرض ألزهايمر، قد يبدو مضحكًا، ولكن مع انتشار روايات وسائل الإعلام عن مثل هذه الاتهامات، فإنها يمكن أن تؤثر على الرأي العام، وبالتالي المشرعين.

تركز الانتقادات الموضوعية لمضادات الاكتئاب على مسألتين رئيسيتين. أولًا، زعم عدد من الباحثين أن فاعلية الأدوية ترجع بالكامل إلى تأثير الدواء الوهمي (بلاسيبو).[58] ثانيًا، ادعى الكثيرون أن هذه الأدوية تدفع الناس إلى الانتحار. وقد اقترحوا أيضًا أن إضفاء الطابع الطبي على الحالات الطبيعية من قبل الطب النفسي يغذي اليأس الذي يدَّعي أنه يعالجه؛ وأن الاستخدام الواسع النطاق لمضادات الاكتئاب يرجع بالكامل تقريبًا إلى شركات الأدوية الجشعة؛ وأن عدم قدرتنا على رسم خريطة للأمراض النفسية في الدماغ يثبت أنه لا يوجد أساس لتطوير العلاجات الدوائية. وقد طُرِحت هذه الحجج في كتاب إيرفينج كيرش «أدوية الإمبراطور الجديدة»[59]، وكتاب روبرت ويتاكر «تشريح الوباء»، والعديد من الكتب التي كتبها بيتر بريجين، والمقالات المؤثرة التي كتبتها مارسيا أنجيل، المحررة السابقة لمجلة نيو إنجلاند الطبية. وقد أثرت بعض كتاباتهم على الخطاب الأكاديمي. وقد حظي بعضها باهتمام

شعبي؛ وقد كانت الحجة القائلة بأن الأدوية الوهمية تعمل مثل الأدوية الحقيقية هي موضوع أحد حلقات البرنامج التلفزيوني الشهير «60 دقيقة».

لقد دُحِضت معظم الحجج الأساسية لهؤلاء المؤلفين. إن عمل كيرش، الذي يوضح أن الأدوية الوهمية يمكن أن تكون فعالة مثل أدوية الاكتئاب، تعرض لانتقادات وتحديات من زوايا متعددة. إذ تشير الأدلة إلى أن الاستجابة العالية للعلاج الوهمي التي وثقها ترجع إلى حد كبير إلى هيكل ومدة الدراسة وعملية اختيار المشاركين. وفي تحليل أجراه بيرن كويجبرز وآخرون، أشارت بيانات أكثر شمولًا من تلك التي قدمها كيرش إلى أن الأدوية الوهمية فعالة للغاية، ولكن مضادات الاكتئاب أكثر فاعلية وتكون فاعليتها دائمة.[60] وقد وجد كونستانتينوس فونتولاكيس أن كيرش أخطأ في حساب متوسط الفرق بين الدواء الوهمي والحقيقي. وحتى كارلات لاحظ «أن الأدوية النفسية فعالة بشكل عام». ويؤكد كيرش أنه على الرغم من أن مضادات الاكتئاب فعالة إلى حد ما بالنسبة إلى الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب الحاد، فإنها تكاد تكون عديمة الفائدة بالنسبة إلى الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب الخفيف. وفي مجلة الجمعية الطبية الأمريكية، أشار روبرت جيبونز وزملاؤه في جامعة شيكاجو إلى العيوب المنهجية في دراسات مثل دراسة كيرش، وأعادوا تحليل بيانات ما يقرب من خمسة آلاف مريض، وخلصوا إلى أن «المرضى في جميع الأعمار الذين تلقوا الأدوية كان لديهم تحسن مقارنة بالمرضى الذين تلقوا العلاج الوهمي». وتشير الدراسات إلى أنه على الرغم من أن العديد من الأشخاص يُظهِرون استجابة أولية قوية للعلاج الوهمي -التي ترجع جزئيًّا إلى الاهتمام الشديد الذي يتلقونه في التجارب السريرية- فإن أكثر من 40% منهم ينتكسون بسرعة، في حين أن أقل من 20% من أولئك الذين يتناولون الدواء هم فقط مَن قد ينتكسون. وتقدم دراسات الانسحاب دليلًا أقوى. فعندما يُمنَع الأشخاص الذين تحسنوا من استخدام مضادات الاكتئاب تحت ظروف مزدوجة التعمية، وهذا يعني أن البعض بينما يستمر في تناول مضادات الاكتئاب يتحول البعض الآخر إلى العلاج الوهمي، فإن كل الدراسات تقريبًا تجد انتكاسات أكثر تكرارًا لدى أولئك الذين يتناولون العلاج الوهمي.[61] وقد وُجد بشكل عام، أن الأشخاص يستجيبون للأدوية الوهمية في نحو ثُلث الحالات وللدواء الحقيقي في نحو نصف الحالات، وهو فارق كبير.[62]

وفي ردٍّ بليغ على مقالات أنجيل التي تقلل من فاعلية أساليب الطب النفسي، كتب جون كريستال، رئيس قسم الطب النفسي في جامعة ييل ورئيس الكلية الأمريكية لعلم الأدوية النفسية العصبية: «تحط أنجيل من قدر تحديات العالم الحقيقي التي يواجهها الأطباء النفسيون ومرضاهم، وتتجاهل بشكل انتقائي التقدم العلمي الذي يتحدى ادعاءاتها، وتقدم معلومات متحيزة ومختارة بعناية حول حالة علم الأعصاب النفسي، من خلال الاستفادة من منصبها السابق كمحررة لمجلة نيو إنجلاند الطبية. لقد كتبت أنجيل مقالًا مليئًا بأنصاف الحقائق الذي يبدو أنه يدعو المجتمع إلى التخلي عن التشخيصات النفسية، والأدوية المضادة

للاكتئاب، وعلم الأعصاب النفسي. وقد أظهرت أنجيل تجاهلًا تامًّا للتأثير السلبي لكل من هذه الإجراءات على الأفراد الذين يعانون اضطرابات نفسية والمجتمع. فهي لا تقدم أي بدائل للوضع الراهن أو أجندة بنَّاءة قد تؤدي في نهاية المطاف إلى تسريع عملية تخفيف المعاناة الإنسانية. وبدلًا من ذلك، فإنها تهاجم المسار الوحيد الواضح لتشخيص أفضل وعلاجات دوائية أكثر فاعلية، وهو علم الأعصاب التحويلي».

أشعر بأنني مؤهل للتعليق على الاستجابة للعلاج الوهمي لأنني حصلت عليه. لقد بدأت في عدة حالات في تناول الدواء الذي بدا أنه الحل الصحيح في البداية، لكنه أثبت في النهاية أنه غير مفيد بالنسبة لي. وفي كل مرة، كانت ذرة من التفاؤل تجعلني أعتقد أنني كنت على وشك التعافي؛ فقد كنت أنسب كل لحظة مشرقة إلى الدواء الجديد. ولكن بعد شهر أو شهرين، كان عليَّ أن أعترف بأن الدواء الجديد لم يؤثر على حالتي النفسية؛ لقد ساعدني فقط على التفاؤل. لذا فأنا أعرف قفزة الأمل التي تأتي مع أي بداية جديدة، وأعرف كيف يمكن أن تتلاشى. تعكس الاستجابة للعلاج الوهمي الارتياح المنعش الناتج عن تجربة شيء ما أخيرًا، والتدفق الكبير للتوقعات الإيجابية. ففي دراسة قيل فيها لنصف الأشخاص إنهم يتلقون أدوية مضادة للاكتئاب، وقيل للنصف الآخر إن لديهم فرصة بنسبة 50% فقط لتناول مضادات الاكتئاب بدلًا من الدواء الوهمي، وُجِد أن الاستجابة للدواء الحقيقي تعدلت من خلال التوقعات الفردية.[63] فأولئك الذين عرفوا أنهم يتناولون الدواء تحسنوا تقريبًا بمقدار الضعف مقارنة بأولئك الذين قيل لهم إن احتمالية تناولهم له هي 50% فقط. لكن هذا لا يعني أن الدواء نفسه غير فعال. عندما تناولت الدواء الخطأ، حدثت استجابة العلاج الوهمي ثم انتكست؛ لكن مع الدواء الصحيح، فقد تلقيت ما قد يكون علاجًا وهميًّا متزامنًا واستجابة حقيقية ثم بقيت بصحة جيدة.

في مجلة «أخبار الطب النفسي»، أشار جون أولدهام، رئيس الجمعية الأمريكية للطب النفسي آنذاك، إلى أن «الجمهور ينظر إلى حد كبير إلى العلاج الوهمي على أنه مجرد تناول لحبة دوائية بلا قيمة في حين أن الأشخاص في الدراسات المصممة بعناية يتناولون الدواء الوهمي في سياق برنامج «علاجي» يتضمن زيارات إلى المتخصصين، في جو من الدعم والأمل». يعد هذا السياق المهتم واليقظ جزءًا مهمًّا من المسألة وغالبًا ما يكون مفقودًا. إن التحدث عن الحالة المزاجية والسلوكيات الناتجة عنها مع طبيب مهتم بشدة يخفف من مشاعر العجز والهزيمة. ويشكل هذا عنصرًا جوهريًّا فيما يسمى بالاستجابة للعلاج الوهمي. أشارت مقالة نُشرت عام 2013 في المجلة الأمريكية للطب النفسي إلى أننا بحاجة إلى فهم الاستجابة للعلاج الوهمي حتى نتمكن من تقليلها في التجارب السريرية، والتأكد من أنها لا تحجب مؤشرات الدواء الفعال؛ وحتى نتمكن أيضًا من تعظيمها في الممارسة السريرية، حيث يمكن استخدامها بشكل حذر لمساعدة الأشخاص المصابين بالاكتئاب.[64] ينبغي للدراسات التي تستخدم العلاج الوهمي أن تتحكم في التواصل البشري ورسائل الأمل التي تخلق استجابة

للعلاج الوهمي. يجب على الأطباء أن يدركوا أن رسائل الأمل والتواصل البشري هما من المسائل التي تستحق البحث بجميع أشكالها المتعددة. والمكان الأكثر سهولة لتزويدهم بها هو العلاج النفسي؛ فالتواصل مع معالج مُدرَّب ومتعاون يمكن أن يدعم العديد من الأشخاص الذين يعانون اضطرابات المزاج بغض النظر تمامًا عن النهج العلاجي الذي قد يستخدمه المعالج.

في بعض الأحيان يتسلح المناهضون للأدوية بحقيقة أننا لا نفهم بشكل كامل آليات عملها. ولا يزال خطابهم يستهدف نظرية «اختلال التوازن الكيميائي» التي تقول إن الأشخاص الذين يعانون ضعف الصحة النفسية يعانون نقصًا في الناقلات العصبية، وهي النظرية التي ظلت خارج نطاق التداول منذ عقد من الزمن. إن زيادة السيروتونين في نقاط المشابك العصبية التي تساعد على تخفيف الاكتئاب لا تشير إلى أن الاكتئاب كان ناجمًا عن انخفاض مستويات السيروتونين إلا إذا كان تخفيف الصداع بالأسبرين يثبت أنه كان ناجمًا عن نقص الأسبرين (كما قال العالم الألماني فيرنر فولبير). بالإضافة إلى ذلك، غالبًا ما يتجاهل أولئك الذين يناهضون الأدوية النفسية فرضية التغذية العصبية والأدلة الأحدث الداعمة لها[65]، التي تشير إلى أن بعض مضادات الاكتئاب ترتبط بنمو الخلايا العصبية، وهو تفسير محتمل لفاعليتها.

يجادل هؤلاء النقاد بأننا لا نستطيع فهم العلاج عندما لا نفهم الحالة التي نعالجها، وهذه معضلة حقيقية. في الوقت الحالي، نحن لا نفهم بيولوجيا المرض النفسي ولا نفهم حقًّا كيف تعمل الأدوية ضده. لكن هذا لا يقتصر على الطب النفسي؛ فنحن لا نفهم تمامًا مسببات معظم أنواع السرطان، ونحن الآن نعيد تصنيفها حسب النمط الجيني وليس حسب العضو أو الجهاز الذي تنشأ فيه.[66] يعتمد الأطباء النفسيون في المقام الأول على تقارير المرضى حول ما يشعرون به بدلًا من المؤشرات الحيوية، ولكن هناك خطوة قوية جارية على قدم وساق في المعهد الوطني للصحة النفسية لمعالجة غموض هذه الذاتية الساحقة. ويهدف برنامج جديد للمعهد الوطني للصحة النفسية، الذي يسمى مشروع معايير مجال البحث (RDoC)، إلى «تحديد الأبعاد الأساسية للأداء الوظيفي (مثل دوائر الخوف أو الذاكرة العاملة) التي ستُدرَس عبر وحدات تحليل متعددة، بدءًا من الجينات ومرورًا بالدوائر العصبية ووصولًا إلى السلوكيات». وهذا من شأنه أن يسمح بأساليب «موثوقة وصالحة ومتمحورة حول الفرد» لمعالجة الاكتئاب. بعبارة أخرى، يجب على الباحثين أن يخوضوا في بيولوجيا الأعراض دون اللجوء إلى التصنيف المألوف للأمراض النفسية، مما يسمح لنا بتحديد المخاطر والمرونة المحتملة، واستغلال مرونة الدماغ بدلًا من محاولة تغيير الأعراض الحادة متأخرًا. إذ تنشأ هذه الحالات في الجينات، التي يُعبَّر عنها في الجزيئات، التي تؤثر على الخلايا، التي تغير الدوائر، التي تغير الفسيولوجية، مما يؤدي إلى السلوك الذي نعالجه. تقول ورقة بحثية كتبها إيريك نيستلر، الباحث الرئيسي في هذا المجال، مع زميل له: «إن الطب النفسي يحتاج بشدة إلى نظام تشخيصي يعتمد على العوامل الجينية والعصبية الحيوية الأساسية التي تحدد الأنواع الفرعية من هذه المتلازمات الواسعة. وستكون الخطوة الوسيطة، إن أمكن، هي تحديد

البصمات الحيوية التي تصاحب مجالات محددة من التشوهات السلوكية والتنبؤ باستجابات علاجية محددة».

وقد لاحظ إنسل أن «الأعراض هي مظهر متأخر لاضطرابات الدماغ». ولكن نادرًا ما يُستخدَم الفحص الجيني ومسح الدماغ وتقنيات النمذجة الأخرى للكشف المبكر عن المشكلات أو تشخيصها أو حلها. فالاكتئاب هو نقطة النهاية المشتركة للعديد من العمليات المختلفة؛ كما أنه غالبًا ما يكون عرضة للتحسن من خلال التغيرات في ظروف الحياة أو فقط من خلال مرور الوقت. يساوي إنسل الاكتئاب بالحُمى. «ليس من المستغرب أن نرى معدل استجابة بنسبة خمسين بالمائة لمعظم التدخلات. وهذا هو ما سيكون عليه الأمر إذا أعطينا مضادًا حيويًّا لكل شخص يعاني الحمى». قد يتعافى بعض الناس بسبب الدواء. وقد يتحسن آخرون من خلال مناعتهم دون جني الكثير من الفوائد من الدواء؛ والبعض لن يتحسن على الإطلاق. وهذا ليس مؤشرًا على أن المضادات الحيوية لا تعمل؛ فدونها، سترتفع الوفيات الناجمة عن الأمراض التي يمكن علاجها بالمضادات الحيوية إلى عنان السماء.

وقد ظهرت ادعاءات أثارت القلق العام الشديد من قبيل أن مضادات الاكتئاب يمكن في بعض الظروف أن تحرض على التفكير الانتحاري وتدفع الأشخاص الضعفاء إلى قتل أنفسهم، وهي النتيجة التي يبدو أنها متكررة بشكل خاص بين الأطفال والمراهقين، ومن المرجح بشكل خاص أن تحدث في المراحل المبكرة من العلاج. تؤكد مراكز السيطرة على الأمراض (CDC) أن مليوني مراهق أمريكي، أي ما يقرب من واحد من كل اثني عشر، يحاولون الانتحار كل عام، وهذا يُشكل تقريبًا ثلث طلاب المدارس الثانوية المصابين بالاكتئاب.[67] تختلف بيولوجيا دماغ المراهقين عن تلك الخاصة بكبار السن. فقد خلصت دراسة حديثة إلى أن «استخدام مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية قد يرتبط بانخفاض خطر الانتحار لدى البالغين المصابين بالاكتئاب. أما بين المراهقين، فقد يؤدي استخدام مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية إلى زيادة الانتحار». استعرض التحليل التلوي الذي أجرته إدارة الأغذية والعقاقير 372 دراسة لما يقرب من 100,000 شخص وجمع نتائجها.[68] وعلى الرغم من انتقادها منذ ذلك الحين بسبب منهجيتها، فقد أشارت هذه المراجعة إلى أنه في حين أن مضادات الاكتئاب تقلل من الانتحار لدى البالغين وكبار السن، فإنها قد تسبب زيادة بنسبة 2% في التفكير الانتحاري أو محاولات الانتحار (لم تكن هناك حالات انتحار فعلية في التجارب السريرية التي فحصتها إدارة الغذاء والدواء) لدى الفئة العمرية التي تضم الأشخاص من عمر الثامنة عشرة إلى الرابعة والعشرين. ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أنه من خلال التشريح نادرًا ما يُعثَر على مضادات الاكتئاب في دماء المراهقين المنتحرين، مما يشير إلى أن معظم المراهقين الذين ينجحون في قتل أنفسهم إما لم توصف لهم أدوية نفسية وإما لا يتناولون الأدوية الموصوفة لهم.[69] بالإضافة إلى ذلك، أظهرت هذه التجارب تأثيرًا قويًّا للعلاج الوهمي؛ فمعدل الانتحار بين الشباب المصابين بالاكتئاب الذين لا يتناولون مضادات الاكتئاب أعلى بخمس مرات من

المعدل الذي وجدته إدارة الغذاء والدواء الأمريكية بالنسبة إلى أولئك الذين تناولوا العلاج الوهمي[70]، وفي الحياة الواقعية، يكون الاختيار بين العلاج وعدم العلاج، وليس بين الأدوية والأدوية الوهمية.

في عام 2004، أمرت إدارة الغذاء والدواء الأمريكية بوضع مربع أسود تحذيري[71]، وهو أقوى تحذير يمكن إرفاقه بالأدوية المعتمدة، على مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية يقول إنها قد تؤدي إلى التفكير الانتحاري لدى الأطفال. وفي عام 2007، وُسِّع التحذير ليشمل المراهقين. لقد جعل هذا التحذير العديد من الأطباء حذرين من وصف مضادات الاكتئاب. وقد شهد العام الذي أعقب صدور التحذير انخفاضًا بنسبة 20% في وصفات مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية للأطفال، وارتفاعًا بنسبة 12% في حالات الانتحار بين الشباب، وهي أكبر زيادة في أي عام منذ بدء جمع البيانات في عام 1979. كما خُفِّضت الوصفات الطبية للبالغين بشكل كبير، على الرغم من أن التحذير لا ينطبق على البالغين، وأن البحوث وجدت بشكل لا لبس فيه أن تلك الأدوية تحمي البالغين من الانتحار. حتى تشخيصات الاكتئاب تضاءلت.[72] يبدو أن التحذيرات كان لها تأثير مخيف واسع النطاق. وقد حدثت بعض الزيادة منذ ذلك الحين في معدلات الوصفات الطبية لمثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية، لكنها لا تزال أقل من مستويات عام 2004.[73] وبالمثل، تزامنت الزيادات في معدلات انتحار الصغار والمراهقين مع انخفاض استخدام مضادات الاكتئاب في كندا وهولندا. تشير الأبحاث التي أجريت في جامعة ييل إلى أن الانخفاض في وصفات مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية يرتبط بزيادة في انحراف المراهقين والفشل الأكاديمي وتعاطي المخدرات، على الرغم من أن العلاقة السببية تبدو واهية إلى حد ما.[74]

كتب روبرت جيبونز في دورية جاما للطب النفسي: «في حين أن معدلات الوصفات الطبية لمثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية ترتبط بانخفاض معدلات الانتحار لدى المراهقين، فإن البيانات تشير بالتالي إلى أن توسيع تحذير المربع الأسود لمضادات الاكتئاب ليشمل الشباب قد يؤدي إلى انخفاض أكبر في العلاج المضاد للاكتئاب في الولايات المتحدة وزيادة الانتحار لدى الأفراد المصابين بالاكتئاب». وفي دراسة أخرى، فحص البيانات على أساس كل مقاطعة على حدة، ووجد أن المقاطعات التي كانت فيها معدلات وصفات مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية أعلى شهدت عددًا أقل من حالات انتحار الصغار. والسبب ليس دائمًا واضحًا كما قد توحي هذه الارتباطات؛ لكن يُفتَرض أن ارتفاع معدلات وصف مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية يعني أن المزيد من الآباء يتناولونها أيضًا لعلاج الاكتئاب، مما يعزز الصحة النفسية للأطفال. لكن أبحاث جيبونز تشير بوضوح إلى أن هذه الأدوية تفيد الأطفال والمراهقين. كتب ريتشارد فريدمان، رئيس قسم علم الأدوية النفسية في كلية طب وايل كورنيل، في مجلة نيو إنجلاند الطبية: «من المهم للغاية بالنسبة إلى مقدمي الرعاية الأولية، الذين يرون ويعالجون نسبة كبيرة من مرضى الاكتئاب، أن يعرفوا أن الخطر الذي يشكله

الاكتئاب غير المعالج -من حيث شدة المرض والوفيات- كان دائمًا أكبر بكثير من الخطر الصغير جدًّا المرتبط بالعلاج المضاد للاكتئاب. لذلك أود أن أزعم أن إدارة الغذاء والدواء يجب أن تفكر في إزالة التحذير بالكامل. . . أعتقد أنه لا يمكننا تجاهل أهمية هذه البيانات الوبائية والاحتمال الحقيقي للغاية بأن نصيحة إدارة الغذاء والدواء الأمريكية قد ثبَّطت عن غير قصد مرضى الاكتئاب عن طلب العلاج وثبطت الأطباء عن وصف مضادات الاكتئاب».

لقد تناولت أبحاث كثيرة السؤال المتعلق بما إذا كان البالغون يُدفَعون إلى الانتحار بسبب مضادات الاكتئاب. في التحليل التلوي الذي أجراه جيبونز لمرضى إدارة المحاربين القدامى، الذي استعرض ما يقرب من ربع مليون حالة، كان خطر محاولات الانتحار بين الأشخاص الذين تناولوا مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية أعلى بنحو الثلث فقط من أولئك الذين لم يفعلوا ذلك؛ على الرغم من أن أولئك الذين تناولوا مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية كانوا في الغالب مَن يعانون الاكتئاب الأكثر حدة. إن المناطق التي شهدت كبرى الزيادات في وصفات مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية في الولايات المتحدة (معظمها المراكز الحضرية) شهدت أكبر انخفاض في حالات الانتحار. ومن بين جميع حالات الانتحار المبلغ عنها في مدينة نيويورك[75]، حيث معدلات الوصفات الطبية المضادة للاكتئاب مرتفعة للغاية، ربعها فقط ارتكبها أشخاص يتناولون أدوية مضادة للاكتئاب، مما يشير إلى أن الاكتئاب غير المعالج هو السبب الأبرز للانتحار. وبشكل عام، ارتفعت معدلات الانتحار في الولايات المتحدة حتى إدخال مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية، ثم انخفضت منذ ذلك الحين. وتظهر دراسات منفصلة انخفاضًا في معدلات الانتحار في العقود القليلة الماضية في الدنمارك والمجر والسويد وإيطاليا واليابان وأستراليا.[76]

لقد ركزت وسائل الإعلام على الادعاءات القائلة بأن بعض الأشخاص ينتحرون أو يحاولون الانتحار بعد وقت قصير من بدء تناول مضادات الاكتئاب. ويبدو أن هذا صحيح، لكنه لا يثبت أنها سبب حالات الانتحار. إذ يبدأ معظم الأشخاص الذين توصف لهم مضادات الاكتئاب بتناولها عندما يشعرون بالاكتئاب الشديد. وعادة ما تستغرق هذه الأدوية بضعة أسابيع لبدء مفعولها.[77] وأعلى خطر لمحاولات الانتحار يحدث في الفترة التي تسبق فاعلية الأدوية بشكل كامل، أي مرحلة الاكتئاب الشديد الذي لم يعالَج لدى المريض. وفي الواقع، غالبًا ما تكون المشاعر الانتحارية هي العامل الذي يدفع الناس إلى طلب العلاج. وجد جريجوري سيمون من معهد أبحاث الصحة الجماعية في سياتل أن الخطر الإحصائي يكون في أعلى مستوياته بالفعل في الشهر السابق لبدء مرضى الاكتئاب في تناول الأدوية.[78] لكن عندما يصبح الدواء فعالًا بشكل كامل، ينخفض الخطر بشكل مطرد. وينطبق المسار نفسه على العلاج النفسي الكلامي؛ فخطر الانتحار يكون أكبر في الشهر الذي يسبق بدء الجلسات، وينخفض إلى حد ما في الشهر الأول، وينخفض بشكل ملحوظ بعد ذلك.[79]

تنتج العديد من الأدوية تأثيرًا متناقضًا لدى عدد صغير من الأشخاص الذين تهدف إلى مساعدتهم: مثل أولئك الذين يصبحون يقظين بسبب الحبوب المنومة، أو الذين تتضاعف آلامهم عند تناول مسكنات الألم. لذلك، حتى لو ظلت العلاقة العامة بين مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية والانتحار غير مثبتة، فإن التجارب الفردية تستحق النظر فيها. إن الدواء غير المناسب يمكن أن يكون له آثار كارثية؛ على سبيل المثال، أدت مضادات الاكتئاب إلى إصابة بعض الأشخاص المصابين باضطراب ثنائي القطب بالذهان.[80] ويكمن التحدي في تقييم المخاطر المتضاربة بدلًا من تحديد سلامة محددة ثابتة أو خطر ثابت في جميع الأدوية. ومن الواضح أن هناك مخاطر في كلا الاتجاهين. فإذا لم ندرك خطورة الدواء فإننا نعرض الأشخاص الذين يتناولونه للخطر؛ وإذا بالغنا في تقدير المخاطر، فإننا نثني الناس عن الاستفادة من الأدوية والعلاجات التي يحتمل أن تنقذ حياتهم.[81] إن احتمال الانتحار لدى الشخص الذي بدأ تناول مضادات الاكتئاب يرتبط ارتباطًا وثيقًا بالأفكار الانتحارية لهذا الشخص قبل تناول الدواء.[82] وهذا يؤكد أهمية طرح الأسئلة الصحيحة على الشخص المكتئب.

إن هذا الجدال ليس سوى مظهر واحد من مظاهر ما أصبح خطابًا ممزقًا بشكل مؤلم، حيث وجدت العديد من الشخصيات العامة أنه من المناسب إما إغفال مخاطر الدواء وإما إلقاء اللوم عليه في كل ما حدث من خطأ في الحياة الحديثة. يحصل الأشخاص المصابون بالاكتئاب على أقصى استفادة من الأدوية، وبعضهم من العلاج النفسي، وبعضهم من العلاجات الكهربية أو جراحات الدماغ، وبعضهم من تغيرات نمط الحياة، وبعضهم من العلاجات البديلة، ومعظمهم من مزيج معقد وشخصي للغاية من الاستراتيجيات المتعددة التي يمكن لأي منها أن تفشل بشكل فظيع. يشعر الناس بالإحباط بسبب الأخبار التي تفيد بأن كل حالة اكتئاب تختلف عن جميع الحالات الأخرى، وأن ما ينجح مع شخص ما سيفشل في الشخص التالي. لكن هذا الواقع غير المرحب به هو الحقيقة. لم يسد مجال الطب النفسي بعد الفجوة بين علم وفنّ العلاج الفعال؛ إذ يحتاج الطبيب المعالج إلى حكم دقيق ومدرك للفروق الطفيفة أكثر من احتياجه إلى مجرد سعة الاطلاع العامة.

إن استخلاص تاريخ حياة المرء من التفكير الانتحاري قد يكشف عن أكثر من مجرد معرفة مزاجه الحالي. هناك مقابلتان تقييميتان شبه منظمتين -خوارزمية تصنيف كولومبيا لتقييم الانتحار (C-CASA) للتحليل بأثر رجعي ومقياس كولومبيا لتصنيف خطورة الانتحار (C-SSRS) للتحليل المستقبلي- تقيسان التفكير والسلوك الانتحاريين. هناك تشوش سائد بين المتخصصين وكذلك العوام حول ما يشكل محاولة انتحار. تُعرِّف بروتوكولات كولومبيا محاولة الانتحار بأنها «فعل إيذاء للنفس يُقام به بنية أن ينهي المرء حياته».[83] لذا لا ينطبق الأمر على الأشخاص الذين يجرحون أنفسهم دون أي نية للموت. كما لا يشمل إيذاء النفس لجذب الانتباه (أي التلاعب) أو لتخفيف الألم الداخلي (المعروف أيضًا باسم «الإيماءة

الانتحارية»). لكنه ينطبق على شخص يعتقد خطأً أنه يمكن أن يموت بسبب جرعة زائدة من أقراص الفيتامينات ويتناول عشرات منها مرة واحدة. تتطلب هذه البروتوكولات دليلًا على وجود صلة بين النية والسلوك.

وهكذا تُصنَّف بعض الأفعال خطأً على أنها محاولات انتحارية، في حين تُتجاهَل بعض الأفعال الانتحارية الحقيقية.[84] بالإضافة إلى ذلك، هناك نقص في الإجماع حول ما يمكن اعتباره تفكيرًا انتحاريًّا؛ إذ يصر بعض الأطباء على أن الشخص الذي يقول إنه سيكون من الأفضل لو مات هو شخص انتحاري؛ ويؤكد آخرون أنه لا توجد علاقة مباشرة بين هذا اليأس والتفكير في الانتحار. ومن الواضح أن هذه التناقضات تُشكل تشوهات واضحة عند جمع البيانات الكمية. يهدف مقياس كولومبيا لتصنيف خطورة الانتحار إلى توحيد ذلك، وبذلك يقيم السلوك التحضيري (مثل تجميع الحبوب أو الأسلحة المحشوة)، والمحاولات المجهضة (مثل الاقتراب من الانتحار ولكن دون تنفيذ الخطة) والمحاولات السابقة.

حتى عدة سنوات من بداية الألفية الجديدة، لم تُدمَج فحوصات الانتحار في التجارب السريرية التي تحدد الموافقة على الأدوية. وهذا يعني أن الإبلاغ عن الميول الانتحارية كان يحدث بشكلٍ طوعي من قِبل الأفراد بدلًا من استثارته بشكل منهجي، وبالتالي، لم يُبلَغ عن العديد من هذه الأفكار. ونظرًا لأن التأثير على الانتحار لم يُحدَّد كنقطة نهاية أولية في تجارب الأدوية، فإن المعلومات المتعلقة بالانتحار في مثل هذه التجارب تظل قصصية في المقام الأول. تعتقد كيلي بوسنر، التي استحدثت مقياس كولومبيا لتصنيف خطورة الانتحار، أن البيانات المقدمة إلى إدارة الغذاء والدواء قد بالغت في تقدير التفكير الانتحاري وقللت من تقدير الأفعال الانتحارية، وتعتزم أن تحقق المقاييس وضوحًا ذا معنى. ومنذ عام 2008، أوصت إدارة الغذاء والدواء الأمريكية باستخدام البروتوكول في تجارب الأدوية الجديدة.

اعتمدت مراكز مكافحة الأمراض بروتوكولات كولومبيا لإنتاج موادها التدريبية الخاصة بمراقبة العنف الموجه نحو الذات. وقد تبنَّتها المدارس الثانوية، حيث أبلغ العديد من المعلمين عن وجود مراهقين يرون أنهم معرضون للخطر.[85] كما يمكن استخدامها في المقابلات التي تُجرى في غرف الطوارئ وفي مراكز تعاطي المخدرات. ينتشر الانتحار بين أولئك الذين يواجهون الوحشية في عملهم اليومي؛ وقد أعرب العاملون في مجال الصحة النفسية عن قلقهم بشأن انتحار أفراد الشرطة[86]؛ كما أن عدد الجنود الذين ماتوا بالانتحار خلال حرب العراق أكبر من عدد الذين قُتلوا في أثناء المعارك. دمج الجيش الأمريكي مقياس التصنيف في بوابة بيانات الصحة السلوكية ونظام تسجيل المرضى الداخليين. وقد طبق مشاة البحرية استخدامه عبر الخدمة، ودربوا جميع العاملين في مجال الدعم على إجراء مقابلات التقييم كلما تفاعلوا مع مشاة البحرية. ففي كل مرة يتحدث فيها محام أو قسيس مع جندي من مشاة البحرية، يُطلب منه إجراء مقابلة التقييم. تُستخدم هذه الأدوات أيضًا في القوات الجوية والبحرية والحرس الوطني وإدارة شؤون المحاربين القدامى. ويمكن أن تكون المقابلة مفيدة

لمقدمي الرعاية الأولية، حيث تساعدهم في تحديد المرضى الذين هم في حاجة ماسة إلى خدمات الصحة النفسية. وقد فرضت عدة ولايات استخدامها في المدارس والمرافق الإصلاحية والمستشفيات.

إن الانتحار أزمة دائمة، وهو السبب الرئيسي الرابع للوفاة بين البالغين، وما يقرب من نصف أولئك الذين يقتلون أنفسهم قد زاروا طبيبهم في الشهر السابق للانتحار.(87) وفي معظم الحالات، يُفاجأ هؤلاء الأطباء بانتحار مرضاهم. ويشير التحليل التَلَوي إلى أن تنفيذ هذه التقييمات يمكن أن يقلل حالات الانتحار بشكل كبير عن طريق تحديد الأشخاص الأكثر عرضة للخطر.(88)

يعاني نحو 13% من النساء الاكتئاب في أثناء الحمل، كما أن استخدام مضادات الاكتئاب من قِبل النساء الحوامل آخذ في الارتفاع.(89) وقد وجدت إحدى الدراسات أن الاستخدام تضاعف بين عامي 1999 و2003 بالنسبة إلى النساء المستفيدات من برنامج ميد كيد؛ وفي الوقت الحاضر، نحو 8% من النساء الحوامل يتناولن هذه الأدوية.(90) أما بالنسبة إلى النساء اللاتي لديهن تاريخ من الاكتئاب، فإن الأرقام أعلى بكثير. يمكن أن يؤدي الحمل بسهولة إلى الانتكاس، حيث إن أولئك اللائي يتوقفن عن تناول مضادات الاكتئاب في أثناء الحمل أكثر عرضة للانتكاس بثلاث مرات تقريبًا من أولئك اللائي يواصلن نظامهن الدوائي.(91)

يشير أخذ عينة من دم الحبل السري عند الولادة إلى أن مستوى مضادات الاكتئاب في مجرى دم الجنين يزيد على نصف مستواه في دم الأم؛ كما تُكتشَف هذه الأدوية في السائل الأمنيوسي. وتشير بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية وبعض العيوب القلبية لدى الأطفال(92)، بينما لا تجد دراسات أخرى أي علاقة. هناك أيضًا بيانات مختلطة حول العلاقة السببية بين مضادات الاكتئاب والإجهاض والولادة المبكرة وانخفاض الوزن عند الولادة، وهناك بعض الأدلة على وجود زيادة طفيفة في خطر الإصابة باضطراب في الرئة يسمى ارتفاع ضغط الدم الرئوي المستمر عند الأطفال حديثي الولادة. وفي نحو ثلث الحالات، يصاب الأطفال الذين يولدون لأمهات تتناول مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية بمتلازمة التكيف، التي تنطوي على العصبية والارتجاع والعطس، ولكن هذه الأعراض خفيفة بشكل عام وغالبًا ما تُحل خلال ثماني وأربعين ساعة. ومع ذلك، فقد أُبلِغ عن نوبات صرع عند الأطفال حديثي الولادة في بعض الأحيان.(93) وليس من الواضح ما إذا كانت هذه المشكلات تنشأ من التعرض للأدوية أو من الانسحاب منها بمجرد قطع الحبل السري. وقد وجدت إحدى الدراسات التي أُجريت على عينة صغيرة وجود ارتباط مع التشوه الخياري، وهو خلل في بنية الدماغ. ووجدت دراسة أخرى تغيرات في نمط نوم حركة العين السريعة، على الرغم من أنه لا أحد يعرف حتى الآن آثار ذلك.(94) تُظهِر ذكور الفئران البالغة المعرضة لمستويات عالية من مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية في أثناء النمو المبكر انخفاض النشاط الجنسي، وتثبيط السلوك الاستكشافي، وتغييرات في نوم حركة العين السريعة. وأشارت

إحدى الدراسات إلى أن العديد من هذه المشكلات يمكن أن تحدث حتى عند النساء اللاتي تناولن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية ولكن توقفن عنها قبل الحمل. كل هذا بالطبع مرعب للأمهات المحتملات، اللاتي غالبًا ما يتجنبن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية بسبب هذه المخاطر الغامضة التي لا يمكن قياسها ولكن لا يمكن إنكارها.[95]

وأشارت بعض الدراسات إلى أن مضادات الاكتئاب في أثناء الحمل قد تعزز تطور مرض التوحد لدى المولود.[96] ونظرًا لأن هناك الكثير من الأدبيات العلمية التي تدعم كون التاريخ الأبوي أو العائلي للاكتئاب والأمراض النفسية الأخرى عامل خطر للإصابة بالتوحد، فمن الصعب تحديد ما إذا كانت الأمهات ينجبن أطفالًا مصابين بالتوحد لأنهن تناولن الدواء أم لأنهن يحملن جينات الهشاشة النفسية. وقد حاولت أكبر دراسة، وهي دراسة استقصائية أجريت عام 2013 في الدنمارك، السيطرة على اكتئاب الأمهات، ولم تجد أي صلة بين مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية والتوحد.[97]

وفي حين أن مضادات الاكتئاب محفوفة بالمخاطر، فإن الاكتئاب في أثناء الحمل يمثل مشكلة أيضًا. تعترف إحدى المراجعات بأن «فكرة أن اضطراب مزاج الأم أو مستويات التوتر أو الضغط النفسي في أثناء الحمل قد تؤثر على نمو الطفل لها تاريخ قوي عبر الثقافات وهي متأصلة على نطاق واسع في علم النفس الشعبي». وتشير الدراسات التي أُجريت على الحيوانات إلى أن أمهات الثدييات المتوترات من المحتمل أن ينجبن ذرية تعاني ضعف النمو العصبي.[98] إن التغيرات العصبية الحيوية الناجمة عن التوتر لدى النساء الحوامل المصابات بالاكتئاب أو القلق يمكن أن تؤثر على نمو الجنين من خلال التغيرات في بيئة الرحم.[99] في الواقع، يرتبط الاكتئاب في أثناء الحمل بزيادة حالات الإجهاض والولادة المبكرة وانخفاض الوزن عند الولادة، وهي بعض المشكلات ذاتها المرتبطة باستخدام الأمهات لمثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية. كما أن الأمهات المصابات بالاكتئاب معرضات بشكل متزايد لخطر الإصابة بتسمم الحمل.[100] تشير الأبحاث الحديثة إلى أن الجنين الذي تحمله امرأة مكتئبة يعاني تغيرات في البنية المجهرية للوزة الدماغية اليمنى. حتى إن بعض الأدلة تشير إلى أن النساء الحوامل اللاتي يعانين التوتر الشديد خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل قد يكنَّ أكثر عرضة لإنجاب أطفال يصابون بالفصام لاحقًا.[101] وتشير إحدى المراجعات إلى أن مرور النساء الحوامل بالتوتر والضغط النفسي ارتبط بزيادة حدوث الاضطرابات العاطفية وانخفاض القدرة الإدراكية.[102] يزيد القلق والاكتئاب في أثناء الحمل من احتمالية الإصابة بأمراض نفسية في المستقبل لدى النسل. فقد وجدت دراسة طولية أن أطفال الأمهات اللاتي يعانين الاكتئاب في أثناء الحمل كانوا أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب بخمسة أضعاف مقارنة بأولئك الذين لم تكن أمهاتهم مكتئبات.[103] وتشير أبحاث أخرى إلى أن الأطفال حديثي الولادة لأمهات مكتئبات لديهم «قدرة حركية وتحمل أقل، ويكونون أقل نشاطًا، وأقل قوة، وأكثر سرعة في الانفعال، وأقل سهولة في التهدئة». ووجدت دراسة حديثة أخرى أنه في حين أن أطفال

الأمهات المعالجات بمضادات الاكتئاب يمتلكون مهارات لغوية ومعرفية طبيعية، فإن أطفال الأمهات المصابات بالاكتئاب اللاتي لم يُعالَجن كان لديهم انخفاض في مستوى اللغة والإدراك.[104] كما يرتبط الاكتئاب بالعديد من المشكلات الصحية الأخرى؛ فالنساء المصابات بالاكتئاب أكثر عرضة لزيادة الوزن، وأقل ميلًا إلى ممارسة الرياضة، وأكثر عرضة لاستهلاك الكحول والمخدرات الترفيهية في أثناء الحمل، وأقل احتمالًا لمتابعة أنظمة الرعاية الذاتية قبل الولادة.

كتبت لي إليزابيث فيتيلسون، وهي طبيبة نفسية في جامعة كولومبيا تعمل في المقام الأول مع النساء الحوامل: «إن التعرض لمثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية له آثار على النمو العصبي على بعض (ولكن ليس كل) الأطفال في الرحم، لكن لا تزال مسألة ما إذا كان هناك تأثيرات نمو عصبي طويلة المدى غير مؤكدة». إذ لا نعرف ما إذا كانت تأثيرات النمو العصبي الدقيقة نسبيًّا التي لوحظت عند الأطفال الذين تناولت أمهاتهم مضادات الاكتئاب في أثناء الحمل تظل كبيرة في وقت لاحق في مرحلة الطفولة، وأي الأطفال أكثر عرضة للتأثر في الرحم بالأدوية أو بمزاج الأم، وكيفية فصل آثار كل منها. هناك خلاف اجتماعي مستمر حول ما إذا كانت النساء «بحاجة» إلى تناول الأدوية المضادة للاكتئاب في أثناء الحمل وحتى بعد ذلك. وعندما أتحدث مع النساء حول هذا الأمر، أضعه في إطار مسألة الموازنة بين المخاطر المعروفة والمجهولة.

كانت ماري جيست فتاة صغيرة مفعمة بالحيوية والثقة حتى أحد الأيام في عام 1979. قبل عيد ميلادها الرابع، عندما استيقظت وبدأت بالصراخ في رعب. ركضت والدتها كريستين ووجدتها تبكي قائلة: «ماما، لا أستطيع المشي». وكلما حاولت ماري الوقوف، كانت تسقط. وسرعان ما شُخِّصت إصابتها بالتهاب المفاصل الروماتويدي عند الأطفال. كل صباح، كان والداها يغمرانها في ماء ساخن لمساعدة مفاصلها. تتذكر كريستين: «لقد تحولت من كونها طفلة مستقلة للغاية في مرحلة ما قبل المدرسة إلى كونها خائفة للغاية، لأنها كانت أصغر من أن تفهم ما كان يحدث». في الروضة، كان الأطفال الآخرون يركضون على الدرج وكانت ماري متمسكة بالدرابزين، خلف الجميع، وتشق طريقها ببطء. قالت كريستين: «لقد أعجبت كثيرًا بالطريقة التي تعاملت بها مع الأمر. كان لديها مرونة كبيرة. لقد كانت دائمًا الأخيرة في أي شيء يتعلق بالسرعة، لكن معلم التربية البدنية الخاص بها قال إنها لم تطلب قط إعفاءها من أي نشاط».

عندما وصلت ماري إلى مرحلة المراهقة، ساءت صحتها، واحتاجت إلى جرعات دوائية أسبوعية بالإضافة إلى العلاج الطبيعي. تتذكر والدتها قائلة: «لقد كانت غاضبة جدًّا من العالم». ثم شاركت في تجربة طبية جعلتها على تواصل بفتيات أخريات يعانين التهاب المفاصل الروماتويدي، والعديد منهن أكثر إعاقة منها. وكانت تلك نقطة تحول، وقررت أن تعيد تشكيل حياتها. لم تتمكن من المشاركة في الرياضات التي تتطلب الاحتكاك الجسدي أو أي شيء يتعلق بالجري، لذلك أصبحت سباحة ماهرة، وعلى الرغم من أنها لم تكن الأسرع قط، فإنها

كانت قائدة فريق السباحة في المدرسة الثانوية والكلية. وبعد التخرج في الجامعة، تحسَّن التهاب المفاصل لديها بشكل تلقائي، وفي عام 2008، أكملت سباق الترياتلون بعد أشهر من التدريب، على الرغم من تورم الركبتين والكاحلين. كان لديها تصميم وعزيمة كبيران».

تطوعت ماري في مؤسسة الخدمة الوطنية والمجتمعية بعد التخرج في الجامعة وعملت مساعدة في الفصول الدراسية للأطفال الذين يعانون اضطرابات سلوكية حادة. وقد وجدت هدفها وسرعان ما التحقت بجامعة كولومبيا للحصول على درجة الماجستير في التربية الخاصة. وبعد التخرج، بدأت العمل مع الأطفال الصغار المصابين بالتوحد، أولاً في نيويورك، ثم في ولاية واشنطن، ثم في ولاية أوريجون، حيث يعيش والداها. وأشار مشرفها إلى أنه خلال السنوات العديدة التي قضاها في التعليم الخاص، نادرًا ما رأى معلمًا آخر يتمتع بموهبة ماري في إدراك احتياجات طلابها. وأوضح أن «ماري كانت شخصاً قويًّا. لم يكن الأمر أنها سعت للحصول على مثل هذا الدور، ولكن التأثير الذي تركته على الموظفين والطلاب كان قويًّا. ففي حضرة ماري، كان المرء يشعر بالتعاطف والقوة والهدوء والدعم». يتذكر أصدقاء ماري روح الدعابة الفريدة التي تتمتع بها وذكاءها الجذاب. لكن ماري عانت الاكتئاب والقلق، وربما كان ذلك من بقايا الصدمة المبكرة التي سببها التهاب المفاصل. لقد حاولت بكل جهدها الحفاظ على مزاجها تحت السيطرة، وأصر زملاؤها على أن ذلك لا يؤثر على عملها أبدًا؛ بل في الواقع، قليلون هم مَن كانوا يعرفون أنها تعاني ذلك. تناولت دواءً خفف من أعراضها، وحضرت تدريبًا على اليقظة الذهنية، مما ساعدها على التحكم في قلقها. كانت لديها دائمًا دائرة كبيرة من الأصدقاء، لكنها لم تخبر سوى القليل عن اكتئابها. قالت كريستين: «لقد شاركتني الأمر كثيرًا على مر السنين كما شاركته مع معالجها النفسي، لكن بخلاف ذلك، أعتقد أنها كانت متكتمة جدًّا بشأن الأمر حقًّا». على مر السنين، اعترفت ماري أحيانًا لأمها بأنها تريد الموت. تتذكر كريستين: «في المرة الأولى التي قالت فيها ذلك، شعرت بقشعريرة تسري في جسدي. شعرت بالرعب الحقيقي، لكنها دائمًا ما كانت تقول: «لكن لا داعي للقلق يا ماما. ليس لدي خطة، ولا أنوي أن أفعل أي شيء». كانت تعبر عن حدة مشاعرها الفظيعة. ولم أحاول قط التقليل من الأمر». وبينما كانت كريستين تراقب ماري وهي تخرج من هذه الحالات مرارًا وتكرارًا، كانت تُذكِّرها قائلة: «على الرغم من أنني أعلم أنك لا تستطيعين أن تشعري بهذا الآن، إلا أن الأمر سوف يتحسن. لطالما حدث ذلك».

ومثل العديد من الأشخاص الذين يعانون القلق الحاد، وجدت ماري أن الكحول يمكن أن يخفف أعراضها. قالت: «في البداية، كان الأمر ممتعًا؛ ثم كان الأمر ممتعًا ومسببًا للمشكلات. وفي النهاية أصبح مُسببًا للمشكلات فقط». كان إدمان الكحول نتيجة للاكتئاب، فقد كان «محاولة للهروب من حزنها» على حد تعبير كريستين. ولفترة طويلة، أبقت الأمر سرًّا حتى عن أقرب الأشخاص إليها، لكنها في النهاية واجهت هذا الشيطان أيضًا بفترة إعادة تأهيل لمدة شهر؛ وابتعدت عن الكحول بشكل كبير، ولكن ليس تمامًا، بعد ذلك. لقد عانت بعض

نوبات اليأس بين الحين والآخر واتصلت ذات مرة بالخط الساخن للانتحار، الذي قالت إنه ساعدها. لاحقًا، أفاد العديد من الأصدقاء أن ماري أنقذتهم من الانتحار، لكن لم يعلم أحد أنها فكرت في ذلك بنفسها. لكن أمها كانت تعرف. كانوا يجتمعون مرة واحدة في الأسبوع في حديقة بالقرب من المدرسة التي تدرس فيها ماري ويذهبون في نزهة طويلة، تصف خلالها ماري الصعوبات التي تواجهها. وقد وضعت ماري ومعالجها خطة لكيفية التعامل مع الأفكار الانتحارية إذا عادت مجددًا. ومع ذلك، فقد ساعدها الدواء في الغالب على البقاء بخير، ولم يراودها الحزن إلا بسبب أنها لم تجد الحب والعائلة. وأعربت عن أسفها لكريستين قائلة: «أعتقد أنني سأكون أمًّا جيدة حقًّا». فأجابت كريستين: «أوه، يا عزيزتي، ستكونين أمًّا رائعة».

واعدت ماري رجالًا ودخلت علاقات طويلة الأمد، لكن هذه العلاقات لم تنجح في الأخير. وفي ربيع عام 2013، وقعت في الحب، وحملت وتزوجت بعد فترة خطوبة قصيرة. لقد قرأت عن مخاطر مضادات الاكتئاب في أثناء الحمل، واختارت التوقف عن تناول الدواء. وبسبب تاريخها مع الاكتئاب، روقِبت ماري في أثناء حملها من قِبل ممرضة نفسية، التي نصحتها بأنها إذا أرادت استئناف تناول الدواء في أي وقت، فيمكنها الحصول على وصفة طبية على الفور عبر الهاتف.

تتذكر كريستين قائلة: «وسريعًا جدًّا، رأيناها تنحدر إلى الأسفل». لقد بحثت ماري بجد عبر الإنترنت وأصرت على أنها اتخذت القرار الصحيح. لكن اكتئابها وقلقها كانا يتصاعدان، وسرعان ما أصبحت مهووسة بفكرة أن هناك مشكلة ما في الجنين. طلبت هي وزوجها إجراء اختبارات جينية وإجراء عدة فحوصات بالموجات فوق الصوتية، وأظهر الجنين كل علامات الصحة، مع نبضات قلب قوية. لكن ماري كانت تقضي ساعات كل ليلة في تصفح المواقع الإلكترونية لتحديد كل ما يمكن أن يحدث بشكل خاطئ. قالت كريستين: «لقد عذبها الهوس غير العقلاني حقًّا بفكرة وجود مشكلة ما في الطفل، وعدم القدرة على رؤية خلاف ذلك. حاول طبيبها طمأنتها. وكنت أخبرها أنه سيكون أفضل بكثير إذا لم تبحث على الإنترنت في تلك الأمور وأن ما تقرؤه هو حالات استثنائية للغاية. ولكن، بالطبع، كان ذلك عقلانيًّا، وهي لم تكن بحالة عقلانية تمامًا». أصبح زوجها مسعورًا بشأن حالتها وبات يتحدث إلى كريستين يوميًّا. وفي خريف عام 2013، بعد أشهر قليلة من حملها، قالت ماري لكريستين: «لا أستطيع أن أرى نفسي كأم». شعرت كريستين بالحزن الشديد بسبب التناقض بين ثقة ماري قبل عامين وهذا اليأس. سألت ماري عما إذا كان العلاج مفيدًا، وأجابت ماري بأنه ساعدها في أثناء وجودها في الغرفة مع معالجها النفسي، لكن التأثير لم يدم.

وبحلول عيد الشكر، كان تدهور حالة ماري أمرًا لا يمكن إنكاره. كانت تتمكن من الذهاب إلى عملها، ولكن في عطلة نهاية الأسبوع، كانت متعبة جدًّا بحيث لا تستطيع فعل أي شيء. كانت تذهب إلى منزل والديها وتجلس فقط. كانت كريستين تحاول إقناعها بالذهاب في نزهة على الأقدام، ولكن مع ازدياد صعوبة ذلك، لم يكن بيدها ما تفعله. في بعض الأحيان كانت

ماري تتحدث وأحيانًا لا تفعل ذلك. قالت كريستين: «لقد كانت محرومة بشدة من النوم أيضًا، لأنها كانت تنام لبضع ساعات وتستيقظ في حالة من الذعر بشأن الجنين. ثم تذهب لتدريس ذلك الفصل الدراسي الذي يضم الأطفال المحتاجين والمتطلبين طوال اليوم، ثم تعود إلى المنزل لتواجه ليلة أخرى من العذاب. لم أستطع إلا أن أرى في عينيها ووجهها أنها كانت تعاني ألمًا شديدًا».

ضغطت كريستين على ماري للعودة إلى تناول الدواء، لكن يبدو أن ماري وجدت أن اتخاذ أي قرار يكاد يكون مستحيلًا. وبعد عيد الشكر مباشرة، بدأت أخيرًا في تناول مضاد للاكتئاب، على مضض، ووافقت على إضافة دواء للقلق بعد بضعة أسابيع. كانت عطلة عيد الميلاد تقترب، وكان الجميع يأملون أن تبدأ في التحسن في الوقت المناسب للعطلة وأن تكون أفضل بكثير عند ولادة الطفل في أواخر فبراير. قالت والدتها: «كانت تجد السباحة مفيدة دائمًا، وكان لديها صديق، ومعلم آخر، تلتقيه مرة واحدة في الأسبوع للسباحة في مسبح الحي، لكنها توقفت عن الذهاب. ولم تكن تلك علامة جيدة». عندما جاءت ماري إلى منزل والديها بعد أسبوع من عيد الشكر، كان من الواضح أن قلقها بات أسوأ، ولم يكن لديها ما تقوله؛ بالنسبة إلى كريستين، بدت وكأنها في «مكان آخر». وفي 9 ديسمبر، زارت ماري والدتها وجلست معها لفترة. ثم غادرت كريستين لحضور حفل موسيقي، ورفضت ماري دعوة والدها لتناول العشاء. وكشف زوجها فيما بعد أنها عادت إلى المنزل في وقت متأخر من تلك الليلة؛ وعندما سألها عن سبب تأخيرها، اعترفت بأنها كانت تجلس في السيارة أمام المنزل.

في 10 ديسمبر، درَّست ليوم كامل في المدرسة. كان لديها موعد علاجي في الخامسة، لكنها قالت في البريد الصوتي لمعالجها: «لا أستطيع الحضور». افترض معالجها أنها كانت تتحدث عن الجلسة وترك رسالة تقول: «لا تقلقي بشأن الموعد، ولكني قلقٌ عليك؛ لا داعي للقلق بشأن الموعد. فقط اتصلي بي». لكن ماري لم تتلق تلك الرسالة قط لأنها ذهبت مباشرة إلى الطابق السادس عشر من المبنى الذي يعيش فيه والداها، وهي حامل في شهرها السادس والنصف، وقفزت لتلقى حتفها.

قالت كريستين: «لم أصدق أن ذلك سيحدث، لكنه كان دائمًا خوفًا عميقًا. لقد كنت أشعر بالقلق باستمرار بشأن ذلك عندما كانت حاملًا، أكثر من أي وقت آخر في حياتها. نحن مقتنعون تمامًا أن ما فعلته ماري كان في ذهنها بمنزلة فعل محبة. وهذا كان مبعث كل أفعالها دائمًا. كانت قلقة من أن تكون عبئًا على الآخرين. لقد تعذبت لأن الجنين سيواجه مشكلة فظيعة وشعرت أنه سيكون من الأفضل عدم إنجاب هذا الطفل إلى العالم بدلًا من ولادته وعدم القدرة على الاعتناء به».

في أعقاب انتحار ماري، صُدم معالجها وشعر أنه لا يستطيع أن يكون مُركزًا مع المرضى الآخرين وأغلق عيادته لمدة شهر تقريبًا. وأكد لكريستين أنه لم يصدق إمكانية حدوث ذلك

قط. قالت كريستين: «علم معالج ماري بأفكارها الانتحارية، وأنها شعرت بالاكتئاب والبؤس الشديد لدرجة أنها قالت إنها تريد الموت. لكنه أيضًا كان يعتقد أن ماري لن تنتحر. وقالت الممرضة الشيء نفسه. لقد رأتها ماري ربما قبل شهر من وفاتها، وقبل أن تذهب إليها، قلت لها: «عزيزتي، يجب أن تخبري هذه المرأة عن مدى شعورك بالاكتئاب لأنه بخلاف ذلك لن تتمكن من مساعدتك». سألتها بعد ذلك إذا تمكنت من التحدث معها حول هذا الموضوع، فترددت نوعًا ما ثم قالت: «لقد حاولت». لكنني أعتقد أنها لم تشارك مدى يأسها حقًّا مع أي شخص».

بعد ذلك، قرأت كريستين قصة في كتيب الجمعية الأمريكية لعلم الانتحار الذي وصف عائلتين لديهما بنتان تعانيان الاكتئاب الشديد. وقد أودعت إحدى العائلتين ابنتها قسرًا في مستشفى للأمراض النفسية، حيث خنقت نفسها بملاءات سريرها؛ والثانية اختارت عدم إيداع ابنتها في أي مؤسسة علاجية، فقتلت نفسها بجرعة زائدة من دواء. تخيلت العائلة الأولى أنها لو لم تضع ابنتها في المستشفى، ستصبح بخير؛ وتخيلت العائلة الأخرى، أنها لو وضعت ابنتها في مؤسسة رعاية، ستصبح بخير. قالت كريستين: «حتى قبل وفاة ماري، كنت قلقة بشأن تأثير الضغط الذي كانت تعانيه على الجنين. كنا نشعر، سواء صوابًا أو خطأً، أنه لو ظلت ماري تتناول أدويتها أو حتى عادت إليها عاجلًا، فمن المحتمل أنها كانت ستنجو. أعلم أن هناك آباء يتناولون الدواء ويعاني أطفالهم مشكلات، وهم يعتقدون، سواء كانوا على حق أم على خطأ، أنهم لو توقفوا عن تناول الدواء، فسيكون طفلهم على ما يرام. الخيارات ليست واضحة، والناس يفعلون ما يعتقدون أنه الأفضل».

من يستطيع تخمين الدور الذي لعبته صدمة الطفولة الناجمة عن التهاب المفاصل في تكوين اضطراب مزاج ماري؟ ومن يستطيع أن يعرف لماذا فشلت أخيرًا المرونة التي خدمتها بشكل نبيل خلال تلك المحنة الطويلة؟ من يستطيع أن يعرف إلى أي مدى كانت قدرتها على الاستمرار في أداء وظائفها -تدريس غرفة مليئة بالأطفال المصابين بالتوحد حتى في اليوم الأخير من حياتها- تحميها من الرعاية التي كانت ستساعدها على البقاء على قيد الحياة؟ من يستطيع أن يعرف ماذا كان سيحدث لو تمكنت من الاستمرار في تناول أدويتها دون الاهتمام بالطفل الذي لم يولد بعد؟ قالت كريستين: «أنا على استعداد لرواية قصة ماري لأنها قد تساعد الآخرين على تجنب المأساة نفسها. لكن هذا ليس لغزًا يتعين حله. إنه شيء يتعين قبوله».

في مقال نُشر في سبتمبر 2014 في صحيفة نيويورك تايمز، سلط روني كارين رابين الضوء على الجانب السلبي لاستخدام مضادات الاكتئاب في أثناء الحمل، وربط مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية بقائمة من المشكلات، بما في ذلك مرض التوحد، واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، وانخفاض الكفاءة اللغوية في سن الثالثة، والولادة المبكرة، وعيوب القلب، وارتفاع ضغط الدم الرئوي المستمر، وانخفاض الوزن عند الولادة. وكتب رابين: «يعتقد خبراء آخرون أن الوقت قد حان لإعادة النظر في الاستخدام الواسع النطاق

لهذه الأدوية من قِبل النساء الحوامل». ونقل عن أحد هؤلاء الخبراء قوله: «هذه رسالة لا يرغب الناس بالضرورة في سماعها. فالجميع أكثر سعادة بفكرة أن الأدوية لا بأس بها».

استجاب الطاقم الطبي للمجموعة الدولية لدعم ما بعد الولادة، الرائدة في قضايا الصحة النفسية للنساء الحوامل والأمهات الجدد، بغضب على مقال رابين. وجادلوا بأن ذلك «من المرجح أن يعزز الخوف غير الضروري. وأن الإيحاء بأن النساء يخترن البدء أو الاستمرار في تناول مضادات الاكتئاب أو أي دواء آخر في أثناء الحمل بإهمال ودون حساب هو أمر مهين. لقد اختار الكاتب انتقاء الدراسات التي تدعم فرضيته المضللة وغير الدقيقة، وتجاهل الدراسات التي فشلت في العثور على المخاطر المتزايدة المرتبطة باستخدام مثبطات استرداد السيروتونين في أثناء الحمل. لقد تغوضي بشكل منهجي عن المخاطر الحقيقية الراسخة والموثقة بشكل متكرر والمرتبطة بتعرض الجنين للاكتئاب والقلق غير المعالجين». وخلصوا إلى أنه «لا يوجد أي مبرر لمثل هذه التقارير التي تسعى بوضوح إلى ثني النساء عن الحصول على العلاج الذي يحتجن إليه. وبدلًا من إدانة الاختيارات التي اتُّخِذت، فقد حان الوقت لكي يدعم المجتمع هؤلاء النساء ويُظهر التعاطف مع المحنة المؤلمة التي يعانينها».

كما نشر مركز الصحة النفسية للمرأة في مستشفى ماساتشوستس العام ردًّا مستاءً بالقدر نفسه على قصة التايمز: «يبدو أن السيد رابين يقلل من شأن الاكتئاب، ويجعله يبدو أشبه بحب الشباب أو سعفة القدم. مما لا شك فيه أن جميع النساء، إذا أُتيح لهن الاختيار، سيفضلن تجنب تناول أي أدوية في أثناء الحمل. إن التبسيط المُخل لتعقيدات القرارات المتخذة بشأن استخدام مضادات الاكتئاب في أثناء الحمل لديه القدرة الحقيقية على تعريض المرضى للأذى. وفي أحسن الأحوال، يكون هذا الأمر متحيزًا وغير دقيق؛ وفي أسوأ حالاته، فهو أمر غير مسؤول».

قام الخبير الذي اعتمد عليه رابين، آدم أوراتو، بحملة لكشف مخاطر الأدوية على النساء الحوامل، حيث كتب في عام 2012: «تخيل للحظة أن فيروسًا بدأ يؤثر على نحو 5% من جميع النساء الحوامل (200,000 حالة حمل في الولايات المتحدة سنويًّا). تخيل أنه تسبب في مضاعفات كبيرة في الحمل بما يتجاوز المعدل الأساسي. بحيث إن أكثر من 10% من المصابات بالفيروس يتعرضن للإجهاض؛ وقد يعاني ما يصل إلى 20% أو أكثر الولادة المبكرة، وسيظهر لدى 30% من الأطفال حديثي الولادة آثار التعرض لذلك الفيروس في الأيام التالية للولادة، التي تكون شديدة أحيانًا، مع نوبات وصعوبة في التنفس. إذا حدث ذلك، فسيُعتبَر حالة طوارئ صحية عامة وسيُبذَل جهد هائل لمعالجته. ومع ذلك، فإن هذا الوباء يحدث، ومن نواحٍ عديدة، لا يمكن التعرف عليه. فالنساء الحوامل وعموم الجمهور غير مدركين. إنه وباء التعرض للأدوية المضادة للاكتئاب في أثناء الحمل». عندما تحدثت إلى أوراتو، قارن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية بالثاليدومايد وأكد أن استخدامها على نطاق واسع يعكس خضوع المجتمع العلمي لشركات الأدوية الكبرى، كما كان علماء أمراض

الرئة في السابق يعملون في شركات السجائر. وأكد أنه على الرغم من أنه ليس من الواضح أن الاكتئاب نفسه يؤدي إلى الإجهاض وانخفاض الوزن عند الولادة والولادة المبكرة، فإن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية ترتبط بالتأكيد بكل هذه المشكلات.

كتبت لي إليزابيث فيتلسون ردًّا على عمل أوراتو المنشور: «يبدو أنه يخلط بين السببية والارتباط. في الواقع، ارتبط كلٌّ من الاكتئاب والتعرض لمثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية بهذه النتائج الضارة للحمل. لكن العلاقات السببية ليست واضحة المعالم. هل العلاقة بين الاكتئاب غير المعالج وانخفاض الوزن عند الولادة أو الولادة المبكرة بسبب المرض نفسه، أم الإرباك السلوكي، أم وجود صلة بيولوجية (وراثية، فسيولوجية، أو التهابية) بين الاكتئاب ومشكلات الولادة؟» تشير فيتلسون إلى أن الاكتئاب يؤدي إلى ارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض والوفيات في حد ذاته، وأن تخفيفه يقلل من معاناة الأم والأسرة، وخطر الانتحار، واكتئاب ما بعد الولادة. وتوافق على أن علاج الاكتئاب لا يقلل بالضرورة من مخاطر النتائج السلبية الأخرى المرتبطة به، مثل الولادة المبكرة وانخفاض الوزن عند الولادة. وكتبت: «من المؤسف أن العلاج المضاد للاكتئاب لا يؤثر على هذه الأشياء، لكن هذا ليس سببًا لعدم علاج امرأة تعاني. يجب اعتبار النساء المصابات بالاكتئاب -سواء عولجن أم لم يُعَالجن- حالات حمل «عالية الخطورة»، لأن بعض هذه الارتباطات موجودة على ما يبدو بغض النظر عن العلاج. ومع ذلك، فإن علاج الاكتئاب يمكِّن المرأة والأسرة في كثير من الأحيان من العمل وربما الازدهار، وبالتالي يغير بشكل كبير بيئة ما بعد الولادة للطفل. من الصعب قياس هذا التأثير الوقائي، ولكنه أيضًا مهم جدًّا في النمو العاطفي والمعرفي طويل المدى للأطفال». وهذا يعني أنه في حين أن الاكتئاب في أثناء الحمل يحمل مخاطر ثابتة، فإن الاكتئاب بعد الحمل يحمل قائمة كبيرة من المشكلات الأخرى. فالأمهات الجدد المكتئبات يعانين الإرهاق والوهن، ويكون أداء أطفالهن أقل جودة من أقرانهن على العديد من مستويات النمو. إذا أصيبت الأم باكتئاب شديد في أثناء الحمل، فقد يستغرق التعافي عدة أشهر، وهي أشهر قد تتعرض خلالها قدرتها على الاستجابة لاحتياجات طفلها للخطر الشديد.

يرى جاي جينجريتش، أستاذ علم الأحياء النفسي في جامعة كولومبيا، أن التأثيرات المضادة للاكتئاب التي تهم أوراتو قصيرة المدى وعادة ما تكون غير مهمة، لكن الأمر سيستغرق وقتًا لفهم التأثيرات التي قد تظهر لاحقًا. يتميز نمو الجنين بالمرونة العصبية المتفشية ومرحلة أولى من التخصص. وتعتبر فترة المراهقة فترة أخرى من التغيير الكبير، التي تتميز بنضج القشرة الدماغية وقشرة الفص الجبهي. عرَّض جينجريتش الفئران لمثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية خلال ما يعادل الثلث الثالث من الحمل، ووجد أنها أصيبت بتشوهات عصبية في مرحلة المراهقة[105]، وكان لديها ذاكرة منخفضة مما يضعف أداءها في المهام المكانية التي تحلها الفئران الطبيعية بسهولة. وبطبيعة الحال، غالبًا ما تختلف استجابات الحيوانات عن استجابات أفعال البشر. لكن بيولوجيا السيروتونين محفوظة بشكل

كبير في أعلى وأسفل شجرة النشوء والتطور، من الرخويات إلى البشر. إذ يتوزع السيروتونين على نطاق واسع في دماغ الجنين البشري كما هو الحال في الفئران؛ ففي البشر، ترتفع مستويات السيروتونين خلال العامين الأولين من الحياة، ثم تبدأ في التراجع، وتصل إلى مستويات البالغين خلال السنوات الثلاث التالية.

في حين أن الدوائر العاطفية تُنظَّم طوال الحياة، إلا أنها تنشأ قبل الولادة وفي مرحلة الطفولة. إن الأشياء نفسها التي قد تغير وظيفة نظام قائم (يبدو أن زيادة السيروتونين تخفف من الاكتئاب لدى البالغين) قد تغير بنية النظام الذي لا يزال في حالة تغير مستمر (زيادة السيروتونين في أثناء النمو قد تضر بتطور المراكز العاطفية الأساسية في الدماغ). تشير إحدى المراجعات إلى أنه «من المثير للاهتمام وغير المتوقع أن الإفراط في إشارات أحادي الأمين يبدو أكثر تعطيلًا للنمو الطبيعي من نقص تلك الإشارات. ولكن هناك دراسات أخرى أجريت على الحيوانات أثبتت أن الرعاية غير الكافية للأمهات من الممكن أن تؤدي إلى تحسينات مستمرة في السلوكيات المرتبطة بالقلق والاكتئاب، وتُغير الوظيفة الإدراكية واستجابات الغدد الصم العصبية غير المنتظمة للضغوطات. وبعبارة أخرى، فإن الأدوية والحالات التي تستهدفها الأدوية يمكن أن يكون لهما تأثيرات متطابقة تقريبًا.

توجد دراسة طولية جارية في فنلندا يبدو أنها تدعم هذه المخاوف.[106] فقد بدا أن أطفال الأمهات اللاتي تناولن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية في أثناء الحمل تمتعوا بصحة جيدة في مرحلة الرضاعة والطفولة؛ ومع ذلك، فإن الأطفال في سن الرابعة عشرة الذين تعرضوا لمثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية قبل الولادة عانوا الاكتئاب أكثر من أقرانهم الذين كانت أمهاتهم أيضًا مكتئبات، لكنهن لم يستخدمن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية في أثناء الحمل. في ممارسته السريرية، تبنى جينجريتش نهجًا متنوعًا في التعامل مع الأدوية، حيث قلل الجرعات تدريجيًّا لبعض الأمهات في الثلث الثالث من الحمل ولجأ إلى الأساليب غير الدوائية عندما كان ذلك ممكنًا. ومع ذلك، قال: «لم أسمح قط للأم أن تصاب بالاكتئاب في أثناء حملها. أنا دائمًا أضع صحة الأم في المقام الأول. إذ ماذا سيفعل الطفل دون أمه؟».

من المؤكد تقريبًا أن بعض حالات الحمل تتأثر سلبًا بمضادات الاكتئاب، لكن عدد الأشخاص الذين يعانون مشكلات كبيرة ومستمرة هو على الأرجح صغير. غالبًا ما يكون العلاج السلوكي المعرفي أو الوسائل غير الدوائية الأخرى هو الخيار الأفضل لأولئك القادرين على التحكم في اكتئابهم من خلالها. ستحاول معظم النساء جعل الأساليب غير الدوائية فعالة. لكن العلاج بالكلام وحده لا يكفي للعديد من الأشخاص المصابين بالاكتئاب، سواء كانوا حوامل أو غيرهم، وتشير الأدبيات العلمية الأوسع إلى أن المخاطر المرتبطة بالاكتئاب الشديد يمكن أن تتجاوز في كثير من الأحيان تلك المرتبطة بالأدوية. وبطبيعة الحال، تتلقى بعض النساء رعاية رديئة وينتهي بهن الأمر بأسوأ ما في العالمين: حيث يعانين الاكتئاب ويتناولن الأدوية في أثناء

الحمل. إن الجدال محتدم، والاختيار صعب: فإما أن تصاب المرأة بالاكتئاب في أثناء الحمل، مع ما يترتب على ذلك من عواقب مزعجة، وإما تتناول الدواء في أثناء الحمل مع عواقب غير واضحة.

من المهم عدم إلقاء اللوم على الأمهات بسبب التحديات العصبية التي يواجهها أطفالهن. إن نظرية «الأم الباردة»، التي اتُّهمت النساء على أساسها بالتسبب في مرض التوحد والفصام، تلقي بظلالها على هذا البحث. قد يكون من غير المجدي أن نقول للنساء اللاتي يتعرضن لضغوط لا يمكن تجنبها إنهن يُلحقن الضرر بأطفالهن بكونهن غير سعيدات. إن إلقاء اللوم على بعض النساء في الضرر بأطفالهن عن طريق تناول مضادات الاكتئاب، والبعض الآخر في الضرر بأطفالهن بسبب الاكتئاب، يخلق موقفًا يكون هو في حد ذاته مُسببًا للاكتئاب. لا يوجد حل واحد يناسب الجميع، وفي مثل هذه الحالات، قد يبدو الاعتماد على الدراسات فقط غير مفيد. وينبغي أن تتمتع المرأة بالحرية في اتخاذ خياراتها الخاصة، والنظر في خيارين غير كاملين، وهي مسلحة بأكبر قدر ممكن من المعلومات. بالنسبة إلى البعض، قد يكون الاكتئاب حادًّا جدًّا بحيث يكون الدواء هو الخيار الأفضل بشكل واضح؛ بالنسبة إلى الآخرين، قد يكون شبح التأثيرات الضارة للأدوية مرعبًا للغاية بحيث لا يمكن التفكير فيه. سيقع المعظم في مكان ما في الوسط بين الاثنين، وسيحتجن إلى استشارة الأطباء والأطباء النفسيين ليقررن ما يجب فعله. وقد تحتاج بعض اللاتي يخترن عدم تناول الأدوية النفسية إلى تغيير رأيهن في أثناء الحمل. تتطلب المنظومة بأكملها المرونة في مواجهة عدم اليقين. إن أي تبسيط زائف يخدع المرأة في حقها في تقرير مصيرها.

وتعاني العديد من النساء الاكتئاب بعد الولادة. الدرجات الثلاث للاستجابة السلبية للأمومة الجديدة هي الكآبة النفاسية[107]، واكتئاب ما بعد الولادة، والذهان بعد الولادة. تؤثر الكآبة النفاسية على 50 إلى 80% من الأمهات الجدد، وتتميز بتقلب المزاج والقلق والبكاء وصعوبات النوم والتهيج. ويبدو أنها مرتبطة بالتغيرات الهرمونية.[108]

ويؤثر اكتئاب ما بعد الولادة على مجموعة أصغر. وتشمل أعراضه الحزن، والتعب، وتدني احترام الذات، ونقص الطاقة، وصعوبة النوم، وقلة المتعة أو الاهتمام بمعظم أو كل الأنشطة، ونوبات البكاء، والقلق والتهيج. تختلف التقديرات الإحصائية بشكل كبير، ويرجع ذلك جزئيًّا إلى اختلاف تعريفات اكتئاب ما بعد الولادة على نطاق واسع[109]، ولكن يبدو أنه يؤثر على نحو 10 إلى 30% من الأمهات الجدد. يتميز اكتئاب ما بعد الولادة عن الكآبة النفاسية وعن نوبة الاكتئاب العادية في المقام الأول من خلال بداية الأعراض ومدتها. تُصنَّف هذه الأعراض تقليديًّا على أنها اكتئاب ما بعد الولادة إذا ظهرت خلال شهر من الولادة واستمرت عمومًا لمدة تصل إلى عامين[110]، على الرغم من أن معظمها يختفي تلقائيًّا خلال عام. يكون الاكتئاب الخفيف إلى المتوسط أعلى بثلاث مرات تقريبًا لدى النساء بعد شهر واحد من الولادة مقارنة

بالنساء اللاتي لم ينجبن.[111] ومن ناحية الأعراض، من الصعب التمييز بين أشكال الاكتئاب الأخرى، إلا أن حزن المكتئبة قد يتركز على المولود الجديد.[112]

بينما عادة ما يرتبط ذهان ما بعد الولادة، وهو شكل متطرف من اكتئاب ما بعد الولادة، بالاضطراب ثنائي القطب، وقد تفكر النساء اللاتي يعانينه في أفكار الانتحار أو إيذاء أطفالهن أو قتلهم.[113] ومرة أخرى، تختلف تقديرات حدوثه، لكنه نادر. وجدت إحدى الدراسات أن خطر تعرض النساء لنوبة ذهانية في أول ثلاثين يومًا بعد الولادة يزيد بمقدار خمسة وثلاثين ضعفًا.[114] وتقول دراسة أخرى إن وفق بعض التحقيقات في أسباب وفيات الأمهات، وُجد أن الأسباب النفسية والانتحار هي السبب الرئيسي، على الرغم من أن وفاة الأمهات نتيجة للولادة تشكل خطرًا رئيسيًّا في المجتمعات الأقل تقدمًا. إن النساء اللاتي يقتَلن غالبًا ما يكون هذا القتل لأطفالهن.[115] كتبت عالمة الرئيسيات سارة بلافر هردي: «في هذا الصدد، تختلف النساء تمامًا عن الرئيسيات الأخرى التي، مثلنا، تنجب طفلًا واحدًا في كل مرة. إذ لم يُلاحظ على الإطلاق أن أي أم قرد قد تعمدت إيذاء طفلها».

لا أحد متأكد مما إذا كانت هذه الدرجات المتفاوتة من الضعف النفسي تشكل سلسلة متصلة أم حالات منفصلة[116]، وما إذا كان الاكتئاب بعد الولادة يختلف عن الاكتئاب في مراحل أخرى خلال حياة المرأة[117]، وما إذا كان اكتئاب المرأة بعد الولادة يختلف عن الاكتئاب الذي يعانيه الأب بعد ولادة الطفل. بالإضافة إلى ذلك، فإن معظم الأدبيات الطبية حول اكتئاب ما بعد الولادة لا تزال تركز على آثاره على الطفل. يمكن أن تكون هذه الأمور فظيعة وتستحق الاهتمام، ولكن النقص النسبي في الاهتمام بالأم لافت للنظر، كما يتضح من تصريحات مثل التصريح التالي، والمأخوذ من دراسة كبيرة: «الهدف النهائي لعلاج اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة هو تقليل أعراض الاكتئاب وعواقبه، بحيث يُقلَّل تعرض الرضع لكل من اكتئاب الأم والأدوية النفسية». إن معاناة الأم نفسها لا تدخل في هذه الحسابات على الإطلاق.

تتطور حالة اكتئاب ما بعد الولادة ومتغيراته بسرعة. أصبح للتشخيص مكانة مستقلة فقط منذ عام 1992 في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) والتصنيف الدولي للأمراض (ICD). ومن ناحية الأعراض، فهو مشابه لأشكال أخرى من الاكتئاب. تعتمد دراسات اكتئاب ما بعد الولادة على القياسات باستخدام إما مقياس إدنبرة للاكتئاب بعد الولادة، وإما استبيان مكون من عشرة عناصر، أو النسخة الأقصر من مقياس اكتئاب ما بعد الولادة. لكل ذلك، لا يعتقد العديد من الخبراء أن اكتئاب ما بعد الولادة موجود على الإطلاق. أعلنت مقالة في النشرة الطبية البريطانية: «لا يوجد دليل جيد على أن الاكتئاب الخفيف إلى المتوسط يكون أكثر شيوعًا لدى النساء بعد الولادة مقارنة بالنساء اللاتي لم يلدن. ولا يوجد أي دليل على أن سماته السريرية أو علاجه مختلف». وفي مراجعة للأدبيات، خلص إيان جونز من جامعة كارديف إلى أن الاكتئاب والذهان اللذين يحدثان بعد الولادة لا يختلفان بشكل كبير عن الاكتئاب والذهان اللذين يحدثان في أوقات أخرى من الحياة، على الرغم من اعترافه بأن

التشخيص قد يكون مفيدًا في تحديد النساء اللاتي يجب أن يخضعن للملاحظة والمراقبة عند ولادة أطفال آخرين.

إن النظرية القائلة بأن الأمهات المصابات بالاكتئاب ضحايا لهرموناتهن لها تاريخ طويل.[118] لقد شكك علماء الاجتماع في دور الهرمونات، التي يبدو أنها تساهم في اكتئاب ما بعد الولادة. يجادل الكثيرون بأن الاكتئاب هو نتيجة للتحديات العملية للأمومة الجديدة.[119] ويزعم آخرون أن ما نسميه اكتئاب ما بعد الولادة هو انعكاس لخيبة أمل المرأة في نفسها عندما تفشل في توقع النعيم الدائم. القضايا المتضمنة هنا هي طبية جزئيًّا وسياسية جزئيًّا. وانتقدت النسويات التشخيص باعتباره محاولة أبوية لوصف مقاومة الدور الجندري المحافظ على أنها مرض. ويخلص أحد الباحثين إلى أنه «لا يجوز للأمهات أن يحزن، وإذا فعلن ذلك يُنظَر إليهن على أنهن مريضات». ويرى آخرون أن التركيز الغربي على سعادة الأمومة يجعل أي تجربة سلبية لهذا التحول تحديًا للنظام الاجتماعي. يزعم هؤلاء النقاد أن الحل لاكتئاب ما بعد الولادة لا يتمثل في علاج الفرد، بل المجتمع.

إن أي فهم لاكتئاب ما بعد الولادة يجب أن يعترف بالتأثيرات الهرمونية العابرة، ولكن يجب أيضًا أن يتعمق في التجربة الاجتماعية للأمومة ويعترف بالتجارب التي قد تساهم في اكتئاب الأم. يتضمن ذلك دراسة التحديات التي خلقتها علاقات الأمهات المتغيرة مع الأزواج والأطباء والمجتمع. فقد ارتبط الدعم الأقل من الشركاء والأسر والمؤسسات بمزيد من اكتئاب ما بعد الولادة. إذ يظهر إرهاق الوالدين بشكل كبير -كذلك الانخفاض المفاجئ في الرضا عن العلاقة- عندما يتعين على الأمهات التعامل مع ضغوط رعاية الرضيع وحدهن. ربما يكون أحد أكثر الأسباب شيوعًا لاكتئاب ما بعد الولادة هو قلة الخبرة مع الأطفال؛ وأحد الأسباب الأخرى هو عدم وجود شريك أو صديق داعم.[120] يمكن أن تكون تجربة الأمومة الجديدة عازلة للمرأة، وغالبًا ما يكون من الضروري طبيًّا، لكل من الأم والطفل، تخفيف تلك العزلة.

يتضمن هذا الاكتئاب أيضًا الضيق الذي قد يكون ناجمًا عن التغيرات في الصورة الذاتية للأم الجديدة. إذ يرتبط قدرٌ كبير من الحزن غير المَرضي بالأمومة. إن الأمومة دائمًا ما تكون مشبعة بقدر من الندم لأن الولادة تستلزم بالضرورة الانفصال، وهو أمر صعب لكل من الأم والطفل. تشعر العديد من الأمهات المكتئبات بالذنب وعدم الكفاءة في تربية الأبناء.[121] وتظهر مشاعر الكفاءة لدى النساء مع مرور الوقت ويمكن أن تتحقق ذاتيًّا؛ فالثقة تولد الكفاءة كما أن الكفاءة تولد الثقة. في عرضٍ للأبحاث حول هذا الموضوع، وصفت شيريل بيك، من منظمة دعم ما بعد الولادة الدولية، كيف تمر النساء بـ «دوامة هبوطية تشمل الغضب، والشعور بالذنب، والإرهاق، والقلق، والوحدة». وتوضح أن الأمومة تنطوي على الخسارة والحزن، ولم يُعطَ أي منهما نطاقًا كافيًا في التصورات الشائعة للأبوة، وتوضح أن النساء يُعطين توقعات زائفة للأمومة، وعندما لا يفشلن في الارتقاء إلى مستوى هذه المُثُل المستحيلة، يصبحن مكتئبات. في الواقع، تعاني النساء ميلًا طبيعيًّا إلى الحزن ثم يشعرن بالسوء حيال ذلك،

ويصبح الشعور بالسوء جوهر اكتئاب ما بعد الولادة. وربما تتحسن المشكلة إذا أدركت النساء أن مثل هذه الأفكار شائعة.

لقد أجريت مقابلات مع عدد من النساء اللاتي عانين من درجة ما اكتئاب ما بعد الولادة. وتذكرت إحداهن، وهي تسترجع فترة حملها قائلة: «شعرت بالسوء الشديد وكان من الصعب عليَّ الاعتناء بنفسي جيدًا. لم آكل بقدر ما كان يتعين عليَّ. وكنت أفكر في مدى تأثير ذلك على الجنين». وقالت أخرى، وهي تتذكر أسابيعها الأولى في المنزل: «لقد كان كل شيء على ما يرام، لكنني كنت غارقة في الاكتئاب. وكانت الدموع تنهمر مني بلا سبب». وقد اشتكت العديد من النساء اللاتي تحدثت معهن من فقدان الإرادة الذي صاحب مسؤوليات الأمومة، حيث شعرن بأنهن مقيدات بالتوقعات الاجتماعية واحتياجات أطفالهن. يأتي الكثير من ارتباط الأمومة تحت ستار الخوف، ويمكن أن يكون الخوف مُنهِكًا. فالرغبة في حماية المولود تجعل المرأة ترى التهديدات في كل مكان؛ والقلق بشأن ما سيحدث للطفل يمكن أن يشمل جميع المشاعر الأخرى ويمكن أن يبدو وكأنه دليل على الحب. وهذا بالطبع أمر حتمي للكائنات، لكنه قد يكون مؤلمًا أيضًا. وكما لاحظت إحدى النساء، «الأشياء التي تجعل الأمومة ممتعة تجعلها مرعبة أيضًا».

على عكس الافتراض الشائع بأننا نَصِم مشاعر الأمومة السلبية من خلال المقتضيات العلمية لمصطلح اكتئاب ما بعد الولادة، فقد وجدتُ أن هذا التصنيف أزال عبئًا كبيرًا عن كاهل العديد من النساء اللاتي أجريت معهن مقابلات. فمعظم اللائي عانين مثل هذه المشاعر شعرن بالارتياح من خلال معرفتهن بأنهن مصابات بمشكلة مشتركة، وكلما تقبَّلن التفسير البيولوجي لحالتهن بشكل كامل، كلما كُنَّ أكثر استعدادًا لعدم جلد أنفسهن. بالنسبة إلى الكثيرات، كانت التفسيرات الطبية لاكتئاب ما بعد الولادة تُعَد تحررًا. بدا من المفيد بالنسبة إليهن أن ينظرن إلى اكتئابهن من الناحية الطبية حتى عندما يكون له أصول اجتماعية أيضًا. كان الخوف الأكبر لدى النساء هو أن الاكتئاب قد يضر بأطفالهن. وفي حين أن معظم حالات الاكتئاب تكون خاصة في الأساس، إلا أن هذا الاكتئاب كان عامًّا لأنه يهدد الآخرين بشكل واضح.

النساء اللاتي التقيتهن، اللاتي وصفن أنفسهن بأنهن يعانين اكتئاب ما بعد الولادة، شعرن جميعهن بأنهن فقدن السيطرة سواء على أطفالهن أو على أنفسهن. بدأت إحداهن في نهاية المطاف في الاحتفاظ بـ «مذكرة الغضب» التي سجلت فيها كل مرة فقدت فيها أعصابها والسبب الذي أثار الغضب. وأعربت عن أملها أنه من خلال النظر إلى تجربتها من خلال الحالات المزاجية المتعددة، يمكنها جعلها متسقة. ووصفت شعورها بالشك في نفسها بشأن قرار إنجاب الأطفال على الإطلاق؛ وفي وقت لاحق، وصفت شعورها بالإرهاق والانزعاج من تشبث ابنتها بها.

وتتذكر ندى حافظ، وهي إحدى هؤلاء النساء التي شُخِّصت إصابتها بمرض ثنائي القطب قبل الحمل، قائلة: «بعد عودتي من المستشفى، بكيت كثيرًا. كنت أنظر إلى الطفل وأبكي. كنت أرى شيئًا ما على التلفاز، وأبكي. كنت أتجادل مع زوجي وأبكي. كنت أتحدث مع أمي وأبكي. لكنني لا أعرف ما إذا كان ذلك بسبب الهرمونات والإرهاق، لأنني في العموم لا أبكي بسهولة. أنا لست عاطفية، ولا أبكي في العلن على أي حال. لقد عانيت اكتئابًا سيئًا للغاية بعد الولادة. وكنت أشعر بالسوء حقًّا. لذلك كانوا يعالجونني، وكان الطبيب النفسي يراني كل يومين. لقد اعتُبِرتُ حالة طارئة». وقد بدأتْ أخيرًا بتناول مضادات الاكتئاب بانتظام عندما أدركتْ التأثير الذي يمكن أن تحدثه حالتها المزاجية على أطفالها؛ إذ لم تكن قادرة على الاعتناء بنفسها من أجل نفسها، لكنها استطاعت الاعتناء بنفسها من أجل أطفالها.

إحدى النساء الأخريات، تُدعى جيل فارنوم، كانت تشعر بالذنب في كل مرة يبكي فيها طفلها. استلزم اكتئابها تيارًا لا يهدأ من النقد الذاتي. وعندما سألتها عن تطور قدرة طفلها على الكلام، روت كل الأشياء التي فعلتها التي قد تؤدي إلى إبطاء تطور لغته. وبدا في بعض الأحيان أنها كانت استباقية في جلد نفسها، وكأنها تريد أن تجلد نفسها قبل أي شخص آخر. لقد أصبحت لديها رغبة شبه رهابية في عدم تغيير حفاضات ابنها أمام الغرباء، لأنه لم يكن يحب أن تُغيَّر، وكانت تشعر بالإهانة إذا رآها الآخرون تفعل شيئًا يجعله غير سعيد. واعترفت جيل بأنها عندما كانت في أسوأ حالات اكتئابها، لم يكن رد فعلها على بكاء ابنها هو حمله، بل مغادرة الغرفة. ولم يكن بكاؤه هو الذي لا يطاق بالنسبة إليها، بل شعورها بالعجز في مواجهة ذلك البكاء. لقد اعتقدت أن كل مشكلة لها إجابة صحيحة، وأن الآخرين يعرفون تلك الإجابة بينما هي لا تعرفها.

قد يختلف اكتئاب ما بعد الولادة بشكل جذري عن الأشكال الأخرى من الاكتئاب حيث إن ضحاياه لا يستطيعون الانسحاب والصمت، ولكن يجب عليهم العمل باستمرار لرعاية مخلوق عاجز. غالبًا ما شعرت هؤلاء النساء بالأمومة المبكرة وكأنها حب بلا مقابل. ففي بقية حياتهن، واجهن أشخاصًا يمكنهم تبادل المودة، ولكن الآن لم يكن يُقابَل حبهم إلا بمزيد من الاحتياج من أطفالهن. كان البقاء في المنزل مع طفل حديث الولادة أكثر شعورًا بالوحدة بالنسبة إلى العديد من هؤلاء النساء من البقاء في المنزل بمفردهن. إذ يمكن للمرأة أن تشاهد التلفاز أو تقرأ بمفردها؛ لكن في المنزل مع طفل حديث الولادة، كان عليها أن تؤدي سلسلة لا نهاية لها من المهام لشخص لا يستطيع أن يقدم سوى القليل من ردود الفعل الإيجابية بخلاف التجشؤ أو الشخير.

لكن التظاهر بشيء ما يمكن أن يجعله حقيقة؛ إذ تتظاهر العديد من النساء بالتعلق، وبالتالي تُسهِّل حدوثه فعليًّا. لقد تحدثت ندى عن الارتباط باعتباره التزامًا مرهقًا حتى وقعت في حب أطفالها؛ وحينها أصبح الواجب في نهاية المطاف متعة. ومن بين النساء اللاتي أجريت معهن مقابلات، كان من الممكن أن يؤدي الاكتئاب إلى إبطاء تكوين هوية الأمومة

والارتباط بها، لكنه لم يعِقها تمامًا. في الواقع، كان الاكتئاب في بعض الأحيان هو المحرك لعلاقة حميمة مؤثرة وواضحة ومتعمدة. فالاكتئاب لا يُشكل نقصًا في الحب، رغم أنه قد يصاحب هذا النقص. بالنسبة إلى الأمهات اللاتي قابلتهن، كان ذلك كتحريض على الانخراط. كُن يتحدثن أحيانًا عن الحب كما لو كان على قمة سلم طويل، أي شيء كانوا يكافحن من أجل الوصول إليه، لكنهن تحدثن عنه أيضًا كشيء يمكن تحقيقه بجهد كافٍ. ومن خلال بذل هذا الجهد، فقد التزمن التزامًا عميقًا تجاه أطفالهن.

إن الدماغ والنفس معقدان للغاية بحيث لا يمكن فهمهما من خلال أي مفردات واحدة. «اعرف نفسك» هي أصعب نصيحة قُدمت على الإطلاق. لا يزال الطب النفسي في مراحله الأولى؛ إنه غير كامل، بل معيب، ولكن كونه معيبًا لا يعني أنه بلا قيمة. كثير من الناس يتلقون العلاج وهم لا يحتاجون إليه، لكن الكثير منهم لا يتلقون العلاج الذي قد يستفيدون منه. في بعض الأحيان، يهدر الأشخاص القلقون الوقت والمال على المعالجين الذين يقتاتون على المشكلات التي يدَّعون حلها. لقد استخدمت شركات الأدوية الأموال للتأثير على الأطباء، مما أدى إلى إنشاء شبكة من الولاءات المتضاربة التي غالبًا ما تتحيز في قرارات العلاج. ومع ذلك، قبل قرن من الزمان، لم تكن لتنجز سوى القليل من خلال البحث عن تشخيص لمشكلاتك النفسية؛ كل ما كان يمكن قوله هو إن المعاناة مستوطنة في الحالة الإنسانية. في الوقت الحاضر، الاعتراف بالاضطرابات الداخلية لديك يتيح لك الوصول إلى التقنيات التي قد تُهدئها. ولأن التشخيص أصبح الآن ممكنًا، فهناك المزيد منه. وبينما يهاجم كثيرون التوسع في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، فإن التصنيف الدولي للأمراض (ICD) يتوسع إلى درجة مماثلة، بحيث يُحدد أمراضًا جسدية جديدة بشكل مستمر.

لقد بات يتضح بشكل متزايد أن الاكتئاب له أسباب تعد ولا تحصى، بما في ذلك نقاط الضعف الوراثية (التي تخضع بدورها للتأثيرات الخارجية وعلم التخلق)، والتوتر والضغط النفسي، وأمراض الغدد الصماء، وصدمات الرأس، والالتهابات (بما في ذلك التهاب الدماغ)، وتدهور الدماغ (كما هو الحال في مرض باركنسون أو مرض ألزهايمر). ونقص التغذية (وبخاصة حمض الفوليك أو فيتامين د) والسكري وبعض أنواع السرطان. يستجيب الأشخاص المختلفون لعلاجات مختلفة، لكن الأطباء يواصلون النضال لتحديد من سيستجيب لكل منها. في دراسة نشِرت في دورية جاما للطب النفسي في عام 2013، حددت كالي ماكجراث وهيلين مايبيرج وزملاؤهما علامة حيوية تميز الأشخاص الذين يُحتَمل أن يستجيبوا بشكل جيد للأدوية عن أولئك الأكثر ملاءمة للعلاج السلوكي المعرفي؛ فقد أظهر المستجيبون للأدوية نشاطًا أعلى من المتوسط في الفص الجزيري الأمامي الأيمن، في حين أن الأشخاص الذين سجلوا نشاطًا أقل من المتوسط كانوا أكثر تقبلًا للعلاج السلوكي المعرفي (CBT). وباستخدام أدوات التصوير الوظيفية والهيكلية، أنشؤوا خوارزميات من شأنها أن تساعد الأطباء على تحديد مجموعات فرعية من مرضى الاكتئاب من أجل تحسين الفاعلية. من الناحية

المثالية، ستسمح هذه الرؤية للأطباء بتقييم الاكتئاب حسب نوعه والتوصية بالعلاج الملائم لكل فرد. ومن بين المؤشرات الحيوية المحتملة الأخرى: طول التيلومير، ومستويات عامل نمو الخلايا الليفية أو الببتيد العصبي Y من الأحماض الأمينية، وهرمونات الكورتيزول، والجريلين، والليبتين، والديهيدرو إيبي أندروستيرون (DHEA).

على الرغم من أن التقدم الطبي في الأعوام العشرين الماضية قد عزز قدرتنا على مساعدة مرضى الاكتئاب، فإنه لا تزال هناك خمس مشكلات كبيرة. أولًا، نسبة صغيرة فقط من أولئك الذين يطلبون المساعدة يتلقون العلاج الأمثل. في الواقع، أشار البروفيسور سايمون ويسلي، عندما عُيِّن رئيسًا للكلية الملكية للأطباء النفسيين في عام 2014، إلى أن ثلث الأشخاص الذين يعانون مشكلات الصحة النفسية في المملكة المتحدة فقط كانوا يتلقون علاجًا من أي نوع؛ مما يعني أن نسبة الذين يتلقون علاجًا فعالًا لا بد أن تكون أقل بكثير. وتشكل الاضطرابات العصبية والنفسية ما يقرب من خمس عبء المرض في الولايات المتحدة اليوم[122]؛ وهي الظروف الأكثر إعاقة لكل فئة عمرية حتى سن الخامسة والستين. ويعاني ستون مليون شخص في الولايات المتحدة أمراضًا نفسية. ويتلقى الآن عدد أكبر من الأطفال رعاية الصحة النفسية مقارنة بما كان عليه الحال قبل عشرين عامًا؛ وأصبح عدد أكبر من البالغين المصابين بأمراض نفسية مؤهلين للحصول على مساعدة الإعاقة؛ ويدفع برنامج ميدكيد الطبي المزيد من تكاليف الصحة النفسية، ومع ذلك فإن أقل من نصف الأمريكيين الذين يعانون هذه الحالات يتلقون علاجًا من أي نوع. ومن بين هؤلاء، يحصل أقل من نصفهم على الحد الأدنى من الرعاية المقبولة.[123]

ثانيًا، مجتمع البحث مشتت، ولا تُتَرجم نتائج البحث في كثير من الأحيان إلى تدخلات عملية. يشير توماس إنسل إلى أن فاعلية العلاج السلوكي المعرفي لعلاج الاكتئاب الخفيف إلى المتوسط قد أُثبِتت منذ ثلاثة عقود؛ إذ كشفت دراسات التصوير عن تأثير العلاج السلوكي المعرفي على نشاط الدماغ. ومع ذلك، فإن أقل من 20% من الاختصاصيين الاجتماعيين (أكبر مجموعة من المعالجين في الولايات المتحدة) يتلقون تدريبًا على هذا النوع من العلاج، على الرغم من الإشارة المتكررة إلى هذا النموذج من العلاج في الدورات التدريبية. ورغم الاهتمام الأكاديمي بالكيتامين، فقد توقف استخدامه لأسباب تجارية إلى أن تدخلت إدارة الغذاء والدواء. وكتب لي إنسل: «لقد حصلنا على أدلة تثبت فاعلية الكيتامين من خلال تجارب سريرية صغيرة لمدة خمس سنوات على الأقل. تخيل التحول من العلاجات التي تستغرق ستة أسابيع إلى العلاج الذي يستغرق ست ساعات. لكن الدواء لم يحصل على براءة اختراع، لذلك لا يوجد حافز لشركات الأدوية لتطويره. ونتيجة لذلك، لم يعد هناك اهتمام به في الدراسات البحثية». لقد حققنا إنجازات هائلة في فهم الجانب الوراثي للأمراض النفسية، مع ما يزيد على مائة اكتشاف جيني مؤكد للأمراض النفسية، ولكننا لم نتوصل إلى أي علاجات متطورة للاستجابة لها.[124]

ثالثًا، تستمر الوصمة في مطاردة المصابين بالاكتئاب، مما يجعل حياتهم أكثر صعوبة ووحدة من المرض نفسه، وتجعلهم أقل احتمالًا لطلب العلاج؛ وبخاصة أن العلاج موصوم مثل الاكتئاب نفسه. من المعروف أن التصورات الاجتماعية عنيدة، ولكن يبدو من المعقول أن نأمل في أن يؤدي التقدم في العلوم والنشاط السياسي إلى تغذية بعضهما بعضًا لبناء مجتمع حيث يكون التعافي فيه أسهل وأكثر أمانًا من المرض. ومع ذلك، فإن استمارات التوظيف عادة ما تسأل: «هل سبق أن شُخِّصت بالإصابة بالسرطان أو أمراض القلب؟» «هل سبق لك أن عولجت من مرض نفسي؟» ويوضح هذا التباين في الصياغة الافتراض الاجتماعي الأساسي بأنه حتى الشخص الذي عولِج بنجاح لا يزال يعاني مرضًا ينذر بالسوء.[125]

رابعًا، في غياب التكافؤ -أي المبدأ القائل بأن تمويل علاج الأمراض النفسية يجب أن يكون مماثلًا لتمويل علاج ما يسمى الأمراض الجسدية- فإن العديد من الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب يُتركون ليغرقوا في اليأس بلا دعم. في الولايات المتحدة، تمثل هذه مشكلة بالنسبة إلى شركات التأمين، وفي المملكة المتحدة تُمثل مشكلة لهيئة الخدمات الصحية الوطنية، ولكن في كلتا الحالتين، تعكس فروق التمويل تصورًا بأن هذه الأمراض أقل أهمية وأن مساعدة المصابين بها هي أولوية ثانوية ونفقة مزعجة. ولكن منذ ظهور قانون الرعاية الصحية («أوباما كير Obamacare»)، أصبح عدد أكبر من الشباب المعرضين للخطر، الذين يُسمح لهم الآن بتغطية علاجهم المستمرة بموجب تأمين والديهم، يبحثون عن رعاية ميسورة التكلفة ويتلقونها.

وأخيرًا، فإن الأشخاص المصابين بالاكتئاب لا يجيدون حتى الرعاية الذاتية الأساسية. يأتي الاكتئاب، على حد تعبير إنسل، «مليئًا باليأس والعجز والإعاقة العميقة. ومن الصعب العثور على رعاية مختصة اليوم، ولكن من غير المرجح أن يقوم شخص يقع في قبضة هذا المرض بالبحث المطلوب عن الرعاية. كثيرًا ما أقول إن التحدي الذي يمثله الاكتئاب هو أنه مرض يحول دون علاجه، وهو أمر لا نراه في السرطان أو أمراض القلب».

وتتطلب إحدى الاستراتيجيات لتحسين هذا الوضع إنشاء مراكز علاج للاكتئاب، على غرار مراكز السرطان التي أُنشئت في الولايات المتحدة في السبعينيات، ومراكز القلب والسكري التي تلت ذلك. اقترِح أول مركز وطني للاكتئاب في جامعة ميشيجان في عام 2001 وافتُتح في عام 2006، ويضم أكثر من 135 خبيرًا في الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطب من عشر جامعات ومعاهد في ميشيجان. ويقدم المركز خدمات سريرية شاملة، ويتابع مبادرات السياسة العامة، ويرعى مجموعة من الأبحاث الاجتماعية والبيولوجية. ولذلك فقد كان في وضع ممتاز لتجميع قاعدة بيانات تحتوي على مواد وراثية من عشرات الآلاف من الأفراد المصابين بالاكتئاب وثنائي القطب، وهي أكبر قاعدة بيانات من هذا النوع على الإطلاق. إن وجود عينة كبيرة ومتنوعة هو الشرط الضروري لإجراء البحوث الجينية المفيدة، التي كانت بدائية حتى الآن. ويرعى المركز أيضًا دراسات أطول مدى من تلك التي تُجريها شركات الأدوية. وكما يشير

جون جريدن، المدير التنفيذي للمركز، فإن «دراسة مرض السرطان تستغرق خمس سنوات؛ بينما لدينا دراسات تستغرق اثني عشر أسبوعًا».

تأسس مركز الاكتئاب الشامل بجامعة ميشيجان تحت قيادة جريدن. وتضمنت رؤيته إنشاء شبكة وطنية لمراكز علاج الاكتئاب لتسهيل تقديم خدمات أفضل، وسهولة الوصول إلى الأطباء، وزيادة الاتساق في الأبحاث. وفي عام 2007، اجتمع ممثلون عن ستة عشر مركزًا طبيًّا في آن أربور للتخطيط لمركز مكافحة الأمراض الجديدة. وفي عام 2008، أنشؤوا تحالفًا وطنيًّا غير ربحي. وبحلول عام 2014، أُنشئ واحد وعشرون مركزًا. يوحد أعضاء الشبكة الوطنية لمراكز علاج الاكتئاب جهودهم لنشر التطورات الطبية على نطاق أوسع؛ فهدفهم هو توفير «الخبرة والرعاية في مجال الاكتئاب لكل أمريكي». تعقد المنظمة اجتماعات سنوية وتعمل على إنشاء مجلة علمية. وقد أُنشِئت مؤخرًا شراكة مع الشبكة الكندية الجديدة لأبحاث الاكتئاب، التي تدير ثلاثة مراكز على غرار نموذج الشبكة الوطنية لمراكز علاج الاكتئاب. ويأمل جريدن في إنشاء شبكة عالمية.

إن الشبكة التي تُصوِّر الاكتئاب كمرض طبي في المخيلة العامة من شأنها أن تساعد في تقليص هالة العار التي تحيط بمن يعانونه. فنحن نرى كيف تكون مراكز السرطان أماكن مزدحمة للغاية حيث يلتقي الأشخاص الذين يعانون مشكلة مشتركة ويتفاعلون مع بعضهم بعضًا، مدركين أن جحافل من الآخرين يشاركونهم رحلتهم الصعبة. وكذلك تعمل غرف الانتظار في مراكز الاكتئاب على تخفيف المعاناة لأنها تشهد على انتشار المرض وتلغي العزلة التي هي النتيجة الطبيعية للوصمة.

في عام 2014، أجريت محادثة مفاجئة مع ناقدة ثقافية بارزة علَّقت قائلة: «لقد كان من الشجاعة منك أن تكتب بصراحة عن اكتئابك حينها. لكن لن يتطلب الأمر الكثير من الشجاعة الآن». تضمنت كلماتها اللطيفة افتراضًا بأن الوصمة في تراجع، وأن الناس أصبحوا الآن قادرين على أن يكونوا أكثر انفتاحًا مما كانوا عليه من قبل. وهذا صحيح ولكن بشكلٍ مشروط. لقد اكتسبتْ فكرة أن الأشخاص المصابين بأمراض نفسية يجب أن يخرجوا من شرنقتهم رواجًا. بدأ التحول بالموافقة على بروزاك في عام 1987، وتسارع مع العديد من حملات الصحة العامة منذ ذلك الحين. إن برامج مثل حملة «الحب صوته أعلى Love is Louder»، والمصممة لمساعدة المنبوذين من كل الأنواع في العثور على صوت لهم، أثارت مناقشات عامة وعلنية حول المرض النفسي في الكليات والمدارس. بات يكشف المشاهير عن أمراضهم النفسية، وقد وفرت البرامج التلفزيونية مثل برنامج «في العلاج In treatment» للعامة مفردات يمكنهم من خلالها مناقشة هذه التحديات. وأنتجت مؤسسة الممثلة جلين كلوز «برينج تشينج تو مايند» إعلانات تلفزيونية بارعة تسعى إلى الاعتراف بالمرض النفسي وإزالة وصمة العار عنه. أخبرتني كلوز أنه إذا اكتشف الناس عدد المرات التي يتعاملون فيها مع الرجال والنساء

المصابين بأمراض نفسية، سيكونون أقل خوفًا. وأوضحت أن «وصمة العار هي نتيجة الجهل. إذ لا يمكنك الخوف من شيء يؤثر على واحد من كل أربعة منا».

ومع ذلك، فإن العداء المذهل تجاه مرضى الاكتئاب يتسلل بانتظام إلى الصحافة الشعبية. في ربيع عام 2014، كتب الصحفي الأيرلندي جون ووترز: «أنا لا أومن بالاكتئاب. لا يوجد شيء من هذا القبيل. إنه اختراع. إنه هراء». هل يمكننا أن نتخيل شخصية عامة تقول الشيء نفسه عن السرطان أو أمراض القلب أو فيروس نقص المناعة البشرية؟ بعد انتحار الممثل روبن ويليامز في عام 2014، تعرضت ابنته زيلدا للتخويف على تويتر من قِبل المتصيدين عبر الإنترنت الذين ألقوا باللوم عليها في وفاة والدها وأرسلوا صورًا مروعة تُلوعِب بها تزعم أنها تصور جثته. ويبدو أن الاكتئاب لا يزال يثير حالة هيستيرية من العداء.[126]

والأمر الأكثر إثارة للقلق من أي نوبة عدوانية فردية هو تعزيز التحيز ضد المكتئبين في نظام الرعاية الصحية والسياسة الفيدرالية. في عام 2013، مُنعت امرأة كندية -تُدعى إيلين ريتشاردسون- من الدخول كسائحة إلى الولايات المتحدة على أساس أنها دخلت المستشفى بسبب الاكتئاب قبل عام ونصف. أُخطِرت إيلين بأنها ممنوعة من دخول البلاد، ما لم تحصل على «تصريح طبي» من أحد أطباء تورنتو الثلاثة المعتمدين من قِبل وزارة الأمن الداخلي الأمريكية، وأن موافقة طبيبها النفسي «لن تكون كافية». وقد كانت ذاهبة إلى نيويورك، حيث خططت للقيام برحلة بحرية إلى منطقة البحر الكاريبي.[127]

ادعت الموظفة المسؤولة أنها تتصرف وفقًا للمادة 212 من قانون الهجرة والجنسية الأمريكي، الذي يسمح للدوريات برفض دخول المسافرين الذين يعانون أي اضطراب يهدد «ممتلكات أو سلامة أو رفاهية» أي شخص، وأعطتها إخطارًا مكتوبًا بذلك. وقالت إنها قبل دخول البلاد، ستحتاج إلى تقييم طبي بسبب «الحالة النفسية» التي تعانيها. لم تكن ريتشاردسون أول ضحية معروفة لمثل هذه الإجراءات. ففي عام 2011، مُنعت تويس كامينتز، وهي معلمة وأمينة مكتبة كندية، من دخول الولايات المتحدة على أساس أنها حاولت الانتحار ذات مرة. ادعى ريان فريتش، الرئيس المشارك السابق لتحالف التحقق من سجلات الشرطة المتعلقة بالصحة النفسية في أونتاريو، أنه سمع عن ثماني حالات مماثلة في ذلك العام. وبعد حادثة ريتشاردسون، كتب لي: «شعوري هو أن هناك عددًا كبيرًا من الأشخاص الذين رُفِض دخولهم. لقد سمعت أيضًا عن ممثلين على المستوى التنفيذي من العديد من منظمات الدفاع عن الصحة النفسية والتوعية الكندية والإقليمية الذين مُنعوا من الدخول وهم في طريقهم إلى المؤتمرات وغيرها من المناسبات والفعاليات الرسمية؛ وعلى الأرجح بسبب تاريخهم في الصحة النفسية».

يمثل وصم المرء بالاكتئاب تقهقرًا نحو فلسفة تحسين النسل التي تعتبر أي علامة على المرض النفسي أساسًا للاستبعاد والنبذ الاجتماعي. يحظر قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة

لعام 1990 على أصحاب العمل التمييز ضد الأشخاص المصابين بمرض نفسي. ونحن ندافع عن حق المواطنين المصابين بالاكتئاب في العمل في أي مكان. ألا يجب إذن أن ندافع عن حق المسافرين المصابين بالاكتئاب في دخول البلاد؟ إن ترسيخ التحيز في أي جزء من المجتمع يشجعه في الأجزاء الأخرى. إن أغلب الأمريكيين الذين ناضلوا من أجل حق المثليين في الخدمة العسكرية لم يفعلوا ذلك لأنهم كانوا يأملون في أن يصبحوا جنودًا مثليين، بل لأن أي برنامج من التحيز تجيزه الحكومة يقوض كرامة كل المثليين. وعلى نحو مماثل، فإن سياسة الحدود التي أبعدت إلين ريتشاردسون ليست غير عادلة للأجانب فحسب، بل تُشكل أيضًا إهانة لملايين الأمريكيين الذين يتصارعون مع تحِديات الصحة النفسية.

إن وصم أي حالة مُعيقة أمر سيئ؛ لكن وصم علاجها أسوأ. لقد مُنعت ريتشاردسون من دخول الولايات المتحدة ليس بسبب اكتئابها، بل لأن الشرطة في بلدها نقلتها إلى المستشفى بعد محاولتها الانتحار وقدمت تقريرًا تمكَّنت السلطات الأمريكية من الوصول إليه. إن الأشخاص الذين يطلبون المساعدة هم أكثر قدرة على السيطرة على شياطينهم من أولئك الذين لم يفعلوا ذلك. ومع ذلك فإن حادثة ريتشاردسون لن تؤدي إلا إلى تحذير الناس من طلب المساعدة في علاج الأمراض النفسية. فإذا أخفنا الآخرين من العلاج خشية أن يُستَخدم ضدهم لاحقًا، فإننا نشجع الإنكار وعدم الامتثال الطبي والخداع، ونبني مجتمعًا أكثر مرضًا، وليس أكثر صحة. في عام 1993، أصدر الكونجرس تشريعًا يحظر على الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز) دخول البلاد. وكانت الولايات المتحدة واحدة من الدول القليلة التي اتخذت هذا الموقف المتعصب. كانت الدول الأخرى هي أرمينيا وبروناي والعراق وليبيا ومولدوفا وعمان وقطر وروسيا والمملكة العربية السعودية وكوريا الجنوبية والسودان. وقد ناضل لوبي نَشِط ضد هذا الحظر، الذي رُفِع أخيرًا في عام 2009. وأعرب الرئيس أوباما عن اعتقاده بأن الحظر أدى إلى التحيز ضد الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، الأمر الذي أدى بدوره إلى تثبيط الناس عن إجراء الاختبار وتسبب بشكل غير مباشر في انتشار المرض.[128]

لقد استفادت إلين ريتشاردسون، التي حاولت الانتحار في عام 2001 وأصيبت بشلل نصفي نتيجة لذلك، من العلاج الفعال وتعيش الآن حياة مُرضية وهادفة. يجب أن نشيد بالأشخاص الذين يسعون إلى تحسين حالتهم ويتمكنون من عيش حياة طيبة على الرغم من التحديات التي يواجهونها. إنه لأمر إنساني ومن مصلحتنا جميعًا أن نضمن استفادة أكبر عدد ممكن من الأشخاص من كل أشكال الدعم المتاحة، دون استهجان من الحكومة.

ما زلت على تواصل مع معظم الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلات في هذا الكتاب. وبينما البعض في صحة جيدة منذ عام 2001؛ لا يزال البعض الآخر يكافح. معظمهم يمرون بانتكاسات ويخرجون منها. وقد عانى العديد منهم خسائر كبيرة في الآونة الأخيرة، وبخاصة

فقدان الوالدين، الذي غالبًا ما يحدث في منتصف العمر. وأصبح بعضهم آباء. وقد سألتهم عن مسارات اكتئابهم وكيف أثر ذلك على حياتهم منذ مقابلاتنا في الألفية.

تشع أنجيل ستاركي بشجاعة هائلة. منذ وفاة والدتها، وهي جهة الاتصال الأساسية بالعالم الخارجي، احتاجت أنجيل إلى أن تصبح أكثر استقلالية. في أوائل عام 2014، ظلت خارج المستشفى لمدة ثلاث سنوات، وهي أطول فترة في حياتها قضتها خارج المستشفيات. كانت تستعد للانتقال من بيئة معيشية مدعومة إلى بيئة أكثر استقلالية وكانت متوترة بشأن ذلك. لم تكن قد تحررت من الشياطين بأي حال من الأحوال، ومع ذلك كانت تعيش الحياة بقدر ما استطاعت. وقد شُخِّصت مؤخرًا باضطراب رئوي ناجم عن التدخين، وأُمِرت بالإقلاع عن التدخين على الفور. كان التدخين إحدى متعها القليلة. فالاعتماد على النيكوتين هو شكل من أشكال العلاج الذاتي الشائع بين الأشخاص الذين لديهم ميل إلى الذهان. ولكن بإصرارها المعتاد، بذلت أنجيل قصارى جهدها للتوقف عنه.

ووصف بيل شتاين حياته بأنها «ثابتة بشكل مدهش» على مدار ثلاثة عشر عامًا منذ أن أجريتُ آخر مقابلة معه، على الرغم من فقدان والدته وانتهاء علاقته الرومانسية طويلة الأمد. وكتب: «إن وفاة والدتي، التي كانت حصن الأسرة وقوتها، كان احتمالًا أخشاه لسنوات. ومع ذلك، تمكنت من التعامل مع مكالمات التعزية والمسائل القانونية الناجمة عن وفاتها. إنه إحساس غريب، وبخاصة بالنسبة إلى شخص أعزب، أن يشعر فجأة بأنه محروم من والديه. ومع ذلك، وعلى الرغم من الإحساس بأنني وحيد تمامًا، فقد ارتقيت إلى مستوى الحدث وتعاملت مع حزني الحقيقي». تساءلت عما إذا كان قد ساعده ذلك في بناء ثقته بنفسه، فأجاب: «فقط أولئك الذين عانوا مثل هذه الحالة النفسية المُعيقة يمكنهم أن يُقدِّروا قيمة العقل وأهميته. إنني أعمل بشكل أساسي منذ نهاية عام 1987، بعد ما يقرب من عامين من السقوط في الهاوية، ومع ذلك أخشى أن تداهمني نوبة كبيرة أخرى، ومثل هذه الأفكار لا تغادرني أبدًا». وتساءل عما إذا كان الناجون من السرطان يعيشون مع قلق مماثل. «أنا فخور بأنني أصبحت عداءً للمسافات المتوسطة. إن تأثير التمارين الرياضية على الحالات المزاجية هائل. ومع اقترابي من سن الستين، أتذكر بشكل خاص كيف انهار والدي، الذي شكلت اكتئاباته المتكررة خلفية لشبابه ومراهقته، في الثالثة والثمانين من عمره، ولم يتعافَ قط في السنوات السبع الأخيرة من حياته، لذا فإن فكرة أن كبار السن معرضون للخطر بشكل خاص تراودني من وقت لآخر. لكنني لم أعد أرى نفسي بالطريقة نفسها التي كنت أراها بها في الماضي عندما وافقت على إجراء مقابلة معك في بداية هذا القرن».

أما فرانك روساكوف فقد تزوج وأنجب طفلين وهو الآن صحفي علمي ناجح. لقد أمضى جزءًا كبيرًا من العقد الذي تلى نشر هذا الكتاب في رعاية والدته في أثناء إصابتها بالسرطان ووالده في أثناء إصابته بمرض ألزهايمر. وكتب: «عندما كانت أمي تستطيع التنزه، كنا نتنزه معًا كثيرًا. وفي أحد الأيام سألتها كيف تمكنت هي وأبي من دفعي للأمام خلال كل

تلك السنوات من مرضي. لم تكن لديها إجابة حقًا، لكنها تذكرت أن والدي كان جيدًا في أشياء معينة، مثل إدخالي إلى المستشفى، وكانت هي جيدة في أشياء أخرى. أخبرتني للمرة الأولى أنه بعد أن أصبحت بصحة جيدة لفترة من الوقت، طلب أطبائي منها ومن أبي التحدث عن رعايتهما لي خلال الجولات الكبرى في مستشفى جونز هوبكنز. استجابت أمي للدعوة قائلة: «لقد فعلنا ما كان سيفعله جميع الآباء». لكن الأطباء لم يوافقوها في ذلك. وأصروا على أن ما فعلاه كان استثنائيًا، ولم يكن بمقدور معظم الآباء فعله. لم يُلقِ والداي خطابًا هناك، لكنني سررت بمعرفة هذا الحوار الصغير بعد سنوات عديدة من وقوعه. وبينما كانت تشاركني والدتي القصة بلطف، بدا أن هناك نبرة فخر في صوتها».

لقد شكلت رعاية والده منذ وفاة والدته جزءًا كبيرًا من حياته. قال لي: «بعد انتهائي من العمل اليوم، توجهت بالسيارة إلى بالتيمور لرؤية والدي. كان نائمًا، لكنني أمسكت بيده لفترة من الوقت. يقضي والدي أيامه بالكامل تقريبًا في طابق واحد بأبواب مغلقة في مركز رعاية الذاكرة حيث يعيش. وقد كان الأمر نفسه بالنسبة لي في أثناء دخولي إلى المستشفى. عندما كنت مريضًا، شعرت بالراحة من صِغر جناح المستشفى المغلق وأمانه. أتمنى أن يشعر والدي بالمثل، وأعتقد أنه يشعر بذلك. عندما كنت في المستشفى، كان والداي يحضِران لي الكثير من الآيس كريم في كل مرة يزورانني فيها. والآن، عندما أزور والدي، آخذ له ميلك شيك من ماكدونالدز».

سألته كيف فكر في السنوات التي كان فيها اكتئابه حادًا وساحقًا. قال: «لقد جاء بعد ذلك خيرٌ كثير». سألته إذا كان لا يزال بحاجة إلى الدواء، فأوضح قائلًا: «ما زلت أتناول الأدوية الثلاثة نفسها التي كنت أتناولها وقت عملية بضع الحزام. لم يرغب طبيبي في تغيير ما بدا أنه ناجح. تكون هذه الأدوية كتذكيرات بالمرض في الصباح وفي الليل، لكنها تبدو أشبه بتنظيف أسناني».

لكن لم تجلب البصيرة بأي حال من الأحوال هذا السلام إلى كل من أجريت معهم مقابلات. كتبت لي تينا سونيجو أن شركة الطيران التي كانت تعمل بها قد أُغلقت، وأنها لم تجد وظيفة أخرى كمضيفة طيران. قالت موضحة: «أتمنى أن أقول للجميع إنني أحظى بزواجٍ هانئ، ولدي كلب، وأعمل في وظيفة عظيمة، وأحمل درجة الدكتوراه؛ لكن بدلًا من ذلك أراقب نفسي إذا خرجت عن السيطرة، وأتعلم طرقًا للتعامل معها. لقد تعلمت تدريس اللغة الإنجليزية كلغة ثانية، وهو ما أحبه، وأعمل في ملجأ محلي للمشردين. ما زلت أبحث عن الزوج المناسب. يقول الناس أن ذلك سيحدث عندما لا تتوقعه على الإطلاق. حسنًا، لقد ظللت لمدة 18 عامًا لا أتوقع ذلك، لذا ربما يجب أن أحاول توقعه؟» شُخِّصت تينا بالاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني وكانت لا تزال تتعافى من اكتئابها الأخير. كتبت تقول: «لقد كنت في حالة رائعة، ثم بدأت الانحدار. لكن الحمد لله هذه المرة كان لدي أصدقاء ولم أضطر إلى الانتقال إلى وحدة رعاية نفسية أخرى. أصبحت أفهم مرضي أكثر، وحصلت على أدوية جديدة. لكن بالنسبة لي، يتبدل

الحال بين عشية وضحاها». لقد تأثرتُ بشجاعتها، لكنني شعرت أيضًا بوحدتها. كان أسلوب تينا المنفتح والمبهج واضطرابها الداخلي دائمًا رفيقين غريبين؛ ومع فقدان وظيفتها، التي كانت تجعلها منخرطة اجتماعيًّا، باتت تقضي وقتًا أطول منتبهة لألمها النفسي.

نشرت ماجي روبنز كتابًا رائعًا من القصائد حول رحلتها ثنائية القطب بعنوان «سوزي زيوس تصبح منظمة». وفي مقاطع شعرية بارعة ومدمرة في كثير من الأحيان، تروي قصة سوزي، التي تماثل قصتها بشكل وثيق: من العقلانية إلى الانهيارات والعودة إلى الذات الأكثر حكمة. إنها رواية شعرية أوصي بها لأي شخص يعاني مرض ثنائي القطب (بل ولأي شخص بشكل عام). وبعد سنوات قليلة من نشره، انخرطت ماجي في الدراسة وأصبحت مؤهلة للعمل محللة نفسية وأنشأت عيادة لها في مانهاتن. هناك أحد أصدقائي يذهب إليها في العيادة للعلاج، ودائمًا ما ينسب الفضل إليها في إنقاذ حياته.

سألت ماجي عن صراعاتها المستمرة. قالت: «أنا في الواقع محظوظة. بالنسبة لي، ظل ويلبوترين وديباكوت فعالين مع قدرٍ من العلاج الكلامي. في حالتي، يتبع الاكتئاب دائمًا نوبة الهوس، وأنا وطبيبي نعرف كيفية الدخول في نوبة الهوس وإيقافها ببضعة أيام فقط من تناول زيبركسا. وفي حين أن هذا لم يعد يحدث كثيرًا، فإن صحتي النفسية تدور حول تجنب الإصابة بالهوس. وقد اكتشفت أن قول هذا أسهل من فعله، وبخاصة في الثمانينيات؛ فالهوس مبهج بشكل لا يصدق، وبالنسبة لي، كان يُشعرني بالراحة. لا أستطيع أن أقول إن المرحلة الأولية منه كانت تبدو «خاطئة» على الإطلاق، لكنني الآن أدرك تمامًا أنني لا أستطيع حينها التعامل مع أي شيء قد يلوح في الأفق. الأمر يشبه إعطاءك خيار الإمساك بالبرق. إنه خيار مثير، لكنه في النهاية خيار غير حكيم».

أثَّرت تجربة ماجي مع المرض النفسي على عملها محللة نفسية. خلال مقابلتها التدريبية للدراسات العليا، سُئلت عما إذا كانت تستطيع الحفاظ على رباطة جأشها عند مواجهة التحديات العاطفية التي قد يجلبها عملاؤها. وقالت ماجي إن معاناتها مع الاضطرابات العاطفية والنفسية ثم استعادة السيطرة تدريجيًّا قد زودتها بقدرة فريدة على مساعدة الآخرين. إنها لا تطرح بالضرورة تجاربها الشخصية في الجلسات ولكنها تشعر بفهم عميق متأصل في رحلتها الخاصة للتغلب على التحديات. إن مساعدة الآخرين بدورها تقوي قدرة ماجي على مساعدة نفسها. وعلى الرغم من ذلك، فإنها تعترف بأنها لا تزال تعاني الحزن والغضب والعار في حياتها الخاصة. وهي تتفق مع فكرة أن نقيض الاكتئاب ليس السعادة بل الحيوية، مؤكدة أن الترياق الحقيقي للاكتئاب هو الحياة النابضة والممتلئة بالحيوية وذات المغزى.

في أوائل عام 2014، كانت كلوديا ويفر تعيد تشكيل حياتها. قالت لي: «لقد توقفت عن تناول جميع الأدوية منذ عام 2001. لم أهتم بالخيارات البديلة، التي إما لا تعمل وإما أنها تؤثر بشكل طفيف بحيث لا أستطيع أن ألاحظ أي اختلاف فيما أشعر به. في عام 2004، بعد

وقت قصير من ولادة طفلي الأول، انتحر أعز أصدقائي. لقد مررت بفترة حزن دامت عامين. ولكنني تقبلت الأمر من خلال فهم قصة حياته». كان زوج كلوديا عاطلًا عن العمل لمدة ثماني سنوات، الأمر الذي خلق ضغوطًا زوجية كبيرة، وكان التوتر والضغط النفسي هما السبب وراء إصابة كلوديا بالاكتئاب. «بعد ولادة طفلي الثالث، قلت إنه يتعين علينا الحصول على بعض الاستشارة؛ شعرت وكأنني أعاني الانهيار نفسه الذي عانيته عندما كنت مراهقة. لكنه قضى عشرة أشهر يتناول العلاج ثم توقف عن تناوله قائلًا إنه لم يساعده».

وعلى الرغم من أن كلوديا سرعان ما تقدمت بطلب للطلاق، فإنها تمسكت بالعلاج. «أعرف الكثير عن سبب شعوري بالاكتئاب لفترة طويلة. لدي قلق وكذلك الحال بالنسبة إلى كل فرد في عائلتي. لم يكن لدي أي فكرة عن ذلك قط لأنه بدا طبيعيًّا؛ فالجميع من حولي كانوا متماثلين. أستطيع أن أفهم ما الذي يسبب الاكتئاب في داخلي وأشعر به عندما يأتي. أصبحت أفضل في التعرف على القلق والتعامل معه أيضًا. لقد كان العلاج بالكلام ثمينًا للغاية. صحيح أنه يستغرق وقتًا أطول بكثير من الدواء، لكنني حققت من خلاله تغييرات كان لها تأثير إيجابي على كل من حولي. يبدو الأمر وكأنني أحصل على فرصة ثانية في الحياة». يمكن أن يؤدي الطلاق إلى انهيار كارثي، لكن بالنسبة إلى كلوديا، كان ذلك بمنزلة تحرر. كان لديها الدافع لإعادة تقييم جميع علاقاتها العاطفية. وتمكَّنت من الحصول على بداية جديدة نظيفة.

أما لورا أندرسون، فنظرًا لعدم قدرتها على تحمل مضادات الاكتئاب، فقد ركزت على التغذية ووجدت أنها تشعر بأنها أفضل عند تناول الكثير من البروتينات والدهون عالية الجودة. وفي السنوات التي تلت الإصدار الأول لهذا الكتاب، أصبحت مستقرة بشكل كبير. وعندما علمت أنها حامل في الخامسة والثلاثين، تزوجت. قالت لي: «كان زوجي حيويًّا وقويًّا وكان يريد بشدة تكوين أسرة، وشعرت بالسعادة حيال ذلك». ثم علمت في الأسبوع الثامن تقريبًا أنها حامل بتوءمين. «في تلك المرحلة، لم يكن لدي أي شعور بالاكتئاب في حد ذاته؛ فقد كنت أعيش حياة ممتلئة، وشعرت بأنني أحظى بالكثير من الأصدقاء، والرفقة، والكلاب، والعمل الجيد. سعد زوجي كثيرًا بالتوءمين؛ وأنا أيضًا، كيف يمكن للمرء ألا يسعد بذلك؟ لكن القلق ظل موجودًا، وكذلك الشعور بالذنب».

وعلى الرغم من أن زوج لورا كان أبًا صالحًا، فإنها رأت أنه غير متعاطف مع صداقاتها. أدى ذلك بالإضافة إلى ضغوط رعاية التوءمين إلى وضع ضغط لا يطاق على الزواج، وفي النهاية شعرت لورا بأنها تنهار مرة أخرى. حدث كل شيء بحركة بطيئة هذه المرة. ففي البداية، اعتقدت أنها تستطيع تدبر الأمر، ولكن بعد ذلك تراكمت الضغوط. وأخيرًا، شعرت أنها تختنق. قالت لي: «أسأل دائمًا أي شخص يمر بوقت عصيب عن شيء أساسي للغاية لدرجة أنني بالكاد أصدق أنني تجاهلته لفترة طويلة. أسأله: ما هو «غذاؤك العاطفي»: أي الأشياء التي تحتاج إليها لتكون على ما يرام، ولتشعر بالثراء والحيوية والرغبة في التواصل؟ هذه الأشياء هي في الحقيقة، بالنسبة لي، الحواجز ذاتها التي تحول دون الاكتئاب. التواصل مع

الأصدقاء، الموسيقى، الكلب؛ والتواصل، بطبيعة الحال، هو الأكثر أهمية. قال لي صديق عجوز ذات مرة، عندما سمع عن حزني في ذلك الوقت: «ستكون هناك دائمًا ليالٍ سيئة لأشخاص مثلي ومثلك، يا عزيزتي». إنه مصيرنا. والحيلة تكمن في معرفة كيفية الاستمرار».

هربت لورا تاركة بنتيها البالغتين من العمر خمس سنوات مع زوجها. قالت: «لم أستطع أن أتحمل رؤية بنتيَّ تحاربان اكتئابي. لكن بمفردي، بدأت أتنفس بعض الشيء. لقد كان وقتًا عصيبًا، كما لو كنت أسبح بحثًا عن الهواء وليس لدي مكان أذهب إليه، ثم أعود للغوص في مياه مجهولة؛ لكن بنتيَّ فاجأتاني. إذ بمجرد أن خرجت من زواجي، وجدت نفسي أضحك معهما مرة أخرى دون تحفظ أو تردد، قالت إحداهما: «ماما، لم تعودي تبكين طوال الوقت!» وهو ما جعلني أبكي بالطبع. أنت لا تعرف أن حيويتك قد عادت حتى يعرف أطفالك. لقد استغرق الأمر عامًا أو نحو ذلك حتى أدرك أنني استعدت بعضًا من حيويتي. أعتقد أن جزءًا من الحزن والوهم الناتج عن الاكتئاب هو أننا ببساطة لا ندرك الخسارة البطيئة لأنفسنا». عادة ما تخسر لورا نفسها وتستعيدها مجددًا، وفي كل مرة تجد شيئًا أكثر أهمية من الخسارة السابقة، وهي دورة متكررة من اليأس والسكينة. يعد الحفاظ على الروابط العميقة أمرًا صعبًا بشكل خاص بالنسبة إلى الأفراد الذين يتعاملون مع الاكتئاب. ومع ذلك، بالنسبة إلى لورا، فإن نهاية زواجها وفرت فرصة ليس فقط لاستعادة نفسها، ولكن أيضًا لاستعادة أطفالها.

لقد اكتشفتُ مجتمعًا كبيرًا من خلال الاكتئاب. إذ يميل الأشخاص الذين يتحدثون علنًا عن المرض النفسي إلى حضور الندوات نفسها، وقد أصبح الكثير منهم أصدقاء لي؛ أصبحوا رفاقي في الاكتئاب. وسوف تتفاجأ بمدى المرح الذي يتمتعون به. التقيت أحد أذكى وألطف أصدقائي عندما كنا متحدثين رئيسيين في مؤتمر عن الاكتئاب في سانت لويس. ولدي علاقة مرحة مع طبيبي النفسي وزوجته. وقد التقيت جون صديقي العزيز عندما أجرى معي مقابلة في جولة ترويجية لهذا الكتاب. ولا يسع المرء إلا أن يكون ممتنًّا لتعرفه إلى هؤلاء الأشخاص الرائعين.

من المدهش أن تشعر بالحب العميق من أولئك الذين يفهمونك حقًّا، ومع ذلك فإن الشعور المستمر بالعزلة الذي يجلبه الاكتئاب يسود أحيانًا على الرغم من هذا الفهم؛ إذ تبدو الوحدة المتأصلة فيه مقاومة للطف. أتحدث في هذا الكتاب عن شعوري بالامتنان لاكتئابي، وسأظل ممتنًّا له ما دام قد ظل شيئًا من الماضي، لكنني أكره ظهوره من جديد، واحتمالية ظهوره من جديد. من الصعب أن أكتب عن الاكتئاب دون تجميله أو شيطنته، وفي بعض النواحي، أخطئ في كلا الاتجاهين. لكن ربما يكون هذا هو النهج الأكثر صدقًا. لا يعني ذلك أنني أشعر بشيء بين الامتنان والرعب، بل إنني أشعر بكليهما، وبطرق متطرفة. أنا اكتئابي. أنا نفسي، والاكتئاب هو مجرد تدخل عرضي. كلتا هذين العبارتين صحيحتان. أنا أعيش مع السؤال الأبدي حول كيف يمكن للاكتئاب أن يخفف من الحزن في المستقبل. عندما يموت والدي؛ إذا فقدت أحد أحبابي؛ إذا حدث شيء سيئ لأحد أطفالي، لا أستطيع أن أتخيل كيف يمكنني أن

أتقبل مثل هذه الأحداث، وأخشى أن يتطفل الاكتئاب على حزني، وأن أجد نفسي أتعامل مع الأطباء وجرعات الأدوية بدلًا من من التعامل مع الحزن والخسارة. لا أريد أن أشعر بالبؤس عندما تكون الحياة جيدة، ولكن لا أريد أيضًا أن يزيد الاكتئاب الأمور سوءًا عندما تكون الحياة نفسها سيئة.

غالبًا ما يبدو الواقع الحالي للمرء أبديًّا. أجد صعوبة في شراء معطف ثقيل في أغسطس، وبالمثل، عندما أشعر أنني بحالة جيدة -كما أشعر عند كتابة هذه السطور- يبدو من غير المعقول أنني سأشعر مرة أخرى بالسوء الذي شعرت به من قبل. لكن الاكتئاب فصل، ويأتيني كما يأتيني فصل الشتاء، مرارًا وتكرارًا. في الوقت الحاضر، أجبر نفسي على تخزين الأوشحة والملابس الداخلية الحرارية حتى في الأيام التي يكون فيها الجميع بجوار حمام السباحة. أُعِد نفسي كل ساعة للشيطان الذي يداهمني من وقت لآخر. فكيف تغيرت الأمور بالنسبة لي؟ أنا لا أحضِّر لفصل الشتاء في الصيف فحسب، بل تعلمت أيضًا أن أتخيل الربيع بينما أشعر بالبرد. إن كفاحي من أجل الاستعداد لعودة الاكتئاب -لكي أتذكر، حتى عندما أكون في أفضل حالاتي، كيف أصبحت الأمور سيئة- يساعدني بطريقة ما على أن أكون متيقظًا لتراجعه. فالصيف، مثل الشتاء، سيأتي مرة أخرى. لقد تعلمت أن أتخيل شعورًا جيدًا حتى عندما أكون في أدنى مستوياتي، وهذه المهارة غالية تغزو السواد الشيطاني مثل ضوء الظهيرة.

شكرٌ وتقدير

مكتبة
t.me/soramnqraa

في أواخر ديسمبر من عام 1999، وجدني أحد الأصدقاء في حالة معنوية عالية وسألني عما كنت أفعله. أجبت بحماس أنني قد حصلت للتو على موعد في مستشفى للأمراض النفسية في ريف بولندا ليلة رأس السنة، وأنني وجدت أيضًا بعض الملاحظات المتلعقة بالانتحار التي كنت أخشى ضياعها. هز رأسه بشدة وأخبرني أن هذا الجنون يجب أن يتوقف. وقد شعرت بارتياح كبير عندما وجدت كتابي كاملًا. فقد قُبِض على الجنون حينها.

لقد وقف وكيل أعمالي، أندرو وايلي، بجانبي منذ اثني عشر عامًا. لقد دعمني حتى قبل أن أنشر أي كتاب، ووجهني في كل جهودي الحثيثة. لقد كان مناصرًا لا يكل ولا يمل لي ولهذا العمل؛ وأنا أعتز للغاية بصداقته وبصيرته. كما أنني ممتن أيضًا لليزا والورث، في وكالة ويلي، التي جعلت الأمر ممتعًا للغاية، ولجيف بوسترناك، الذي سهَّل بلطف جميع الترتيبات اللاحقة. وقد كان نان جراهام، محرري الرائع في الولايات المتحدة، كريمًا وحكيمًا باستمرار وعمل بالتنسيق معي تمامًا؛ لقد كان من النوع المتحمس المشع الذي كنت أتمنى دائمًا أن أجده. وكانت أليسون صامويل، محررتي في المملكة المتحدة، قارئة جيدة بشكل خيالي وملتزمة بشدة. وأنا ممتنة للغاية لبات آيزمان لقيادتها الممتازة والحيوية لفريق الدعاية الأمريكي، ولجوليا ميلوتشي، وبيث ويرهام، والآخرين الذين ساهموا في الترويج للكتاب، وكذلك باتريك هارجادون لعمله في الدعاية في المملكة المتحدة. كما أشكر كريستوفر هايز على مساهامته في الترويج للكتاب عبر الإنترنت. أود أيضًا أن أشكر المحامي الخاص بي، تشاك جووج، على اهتمامه الوثيق بعقودي.

ظهرت أجزاء من هذا الكتاب سابقًا في مجلة ذا نيو يوركر، وصحيفة نيو يورك تايمز. أنا مدين بالشكر لتينا براون لنشرها مقال «تشريح الاكتئاب» في مجلة نيويوركر في عام 1998. لكن أكثر من أدين له في تلك المجلة هو محرري هنري فايندر. لا أحد في العالم يتمتع بلباقته اللطيفة وسعة اطلاعه وحكمته وإخلاصه. لم أكن لأخوض في الموضوع الصعب لو لم أكن متأكدًا من صبره ودعمه. كما ظهر قسم أصغر من الكتاب في مجلة نيويورك تايمز.

لقد منحني جاك روزنتال قاعدة لا تقدر بثمن في صحيفة التايمز، ودعم آدم موس عملي المطول حول الاكتئاب والفقر والسياسة، مما ساعدني على تحديد الحقيقة وراء الحكايات المنتشرة. وساعدتني ديان كاردويل أيضًا في تحرير تلك المادة. كما ساعدتني دانا كوين في الحصول على أكثر العلاجات الممتعة التي استكشفتها، وأشكرها على تعاونها. لقد دعاني ستيفن روسوف بلطف لمتابعة بحثي في جامعة ميشيجان لمجلة خريجي جامعة ميشيجان. وقد كتبت الأجزاء الافتتاحية من هذا الكتاب في أثناء إقامتي في فيلا دي بيني التابعة لمؤسسة بوجلياسكو في ليجوريا في فبراير 1998. وأنا ممتن للغاية للدعم السخي الذي تقدمه المؤسسة.

فيما يخص عملي في كمبوديا، أشكر لوري بيكلمان، وفريد فرومبرج، وبرنارد كريشنا. وجون ستابس. فيما يخص عملي في جرينلاند، أشكر بشكل خاص رينيه بيرجر كريستيانسن وليزبيت لياجر، وكذلك فليمنج نيكولايسن، وجوهان أولسون، وسكان إليميناك. كما أنني ممتن أيضًا للمساعدة التي قدمها إريك سبرونك-يانسن وهاني سكولديجر-رافن، اللذان لولاهما لما كنت سأتمكن من بدء مشروعي في جرينلاند. فيما يخص عملي في السنغال، أشكر ديفيد هيشت وهيلين سايفيت، اللذين كانت جهودهما نيابة عني أكثر بكثير مما يتطلبه نداء الواجب أو الصداقة. كما أنني ممتن لآن أبلباوم وراديك سيكورسكي لاتخاذ الترتيبات اللازمة نيابة عني في بولندا. وجزيل الشكر لإنريكو مارون سينزانو لمساعدتي بشكل كبير في البحث للفصل السادس.

لقد خصص كل من الأصدقاء والمتخصصين في هذا المجال وقتًا للتعليق على مسودات هذا الكتاب. أود أن أشكر أقرب القراء لي على تحريرهم الاستثنائي حقًّا: الدكتورة كاثرين كينوم والدكتورة كلوديا سوان. لقد كان اهتمامهما الاستثنائي مشجعًا ولا يقدر بثمن، وقد سمحت لي رؤيتهما وحبهما بتحقيق الكثير من الوضوح في كل من فكري والتعبير عن هذا الفكر. كما أنني ممتن أيضًا لأولئك الذين قرؤوا وعلقوا على الإصدارات المتأخرة من المخطوطة: د. دوروثي أرنستين، سارة بيلينجهيرست، ماري بيسبي بيك، كريستيان كاريل. دانا كوين، جيني دونهام، د. ريتشارد أ. فريدمان، د. ريتشارد سي. فريدمان، د. روندا ك. جارليك، د. ديفيد جراند، جون جي. هارت، د. ستيفن هايمان، إيف كان، فران كيرنان، بيتسي جولي دي لوتبينير، سو ماكارتني سنيب، د. ديفيد ماكدويل، ألكسندرا مونرو، د. راندولف إم نيس، دكتور جولي س. بيترز، مارجريت روبينز، دكتور بيتر سيليم، أماندا سميثسون، ديفيد سولومون، هوارد سولومون، بوب ويل، إدوارد وينستيد، وهيلين ويتني.

وأود أن أشكر فيليب دي مونتيبيلو، وإميلي رافيرتي، وهارولد هولزر على دعمهم الرائع لهذا المشروع وكرمهم الكبير في منحي حق الوصول الكامل إلى محتويات متحف متروبوليتان للفنون.

أنا مدين لكل من يوجين كوري، وكارول تزارنيكي، لنسخهم أكثر من عشرة آلاف صفحة من المقابلات المسجلة. كما أنني أقدر بشدة المساعدة التي قدمها فريد كورترايت في ترتيب الأذونات للمواد المقتبسة في هذا الكتاب. وقد كانت إيما لوكيتش لا تكل في البحث عن المراجع وأنا أقدر مساعدتها للغاية في البحث.

أنا ممتن للعديد من المتخصصين الذين خصصوا وقتًا لمشاركة أفكارهم معي عندما بدأت عملي في هذا المشروع. قضى الدكتور فريدريك إيبرستادت وقتًا طويلًا معي وسهَّل العديد من الأمور. كما أشكر الدكتور ستيفن هايمان من المعهد الوطني للصحة النفسية على مساعدته الكبيرة. كما أشكر الدكتورة كاي ريدفيلد جاميسون التي أعطتني نصيحة بشأن الأبحاث المبكرة ودعتني بكل لطف إلى حضور مؤتمر الانتحار الذي عقدته في عام 1996. وكان الدكتور ديفيد ماكدويل كريمًا بالمثل وأرشدني أيضًا إلى الكثير بخصوص الجمعية الأمريكية للطب النفسي؛ وهي خدمة لا تقدر بثمن. وكانت سالي مينك من جمعية الاكتئاب والاضطرابات العاطفية كريمة للغاية في مساعدتها لي. وقد جذبني الدكتور راندولف نيسي لأول مرة إلى مجال علم النفس التطوري، وبالتالي كان له تأثير عميق على مشروعي. وقدمت الدكتورة آن ستانويكس آراء ورؤى ثاقبة وقدمت العديد من القصائد القصيرة التي أدرجتها هنا. وكان الدكتور بيتر ويبرو كريمًا جدًّا في توجيهي نحو العديد من الأسئلة العامة التي تناولتها في هذا الكتاب.

سيكون واضحًا لأي قارئ لهذا النص كم أعطاني الآخرون من وقتهم. ليس من الممكن ذِكر كل من أثرى تفكيري، ولكن أود بشكل خاص أن أشكر أولئك الذين التقيتهم شخصيًّا لإجراء مقابلات موسعة مسجلة: د. دوروثي أرنستين، د. جيمس بالينجر، د. ريتشارد بارون، أجاتا بيليك روبسون، د. بول بيسجارد، د. جورج براون، ديبورا بولوينكل، د. رينيه بيرجر كريستيانسن، د. ديبورا كريستي، د. جويس تشونغ، د. ميروسلاف دابكوفسكي، هيلي دارت، د. ريتشارد ديفيدسون، الدكتور ج. ريموند دي باولو، السيناتور بيت دومينيتسي، فيكي إدجسون، لوري فلين، د. إلين فرانك، د. ريتشارد أ. فريدمان، د. إدوارد جاردنر، د. ديفيد جراند، د. جون جريدن، د. آنا هالبرستادت، د. إميلي هوينشتاين، د.إم.جابكوفسكي، د.ميكزيلساو جانيسزيفسكي، كارين جونسون، د.بارامجيت تي جوشي، النائب مارسي كابتور، د.هيرب كليبر، د.دون كلاين، جلاديس كروتزمان، ماريان كينر، د.بوب ليفين، د. رينهارد لير، د. خوان لوبيز، سارة لينج، د. جون مان، د. ملفين ماكجينيس، د. هنري ماكورتيس، د. جين ميراندا، د. ويليام نورماند، فالي نون، كريستين بيلمان، النائب جون بورتر، د. روبرت بوست، د. ويليام بوتر، السيناتور هاري ريد، د. نورمان روزنتال، النائب مارج روكيما، د. أرنولد سامروف، السيناتور تشاك شومر، والدكتورة سيلفيا سيمبسون، د. كولين ستاين، د. جلين تريسمان، د. إليوت فالنشتاين، د. جيمس د. واتسون، والدكتور توماس وير، والسيناتور بول ويلستون، د. ميرنا وايزمان، والنائب بوب وايز، ود. إليزابيث يونغ.

لقد فتح لي الكثير من الأشخاص قلوبهم وأخبروني بقصصهم الصعبة في أثناء عملي في هذا الكتاب، وقد استمتعت بثقتهم واستمتعت بصداقة الكثير منهم. لم يكن هناك مشروع آخر في حياتي حزينًا إلى هذا الحد، لكن لم يقنعني أي مشروع آخر بأن التواصل ممكن وأن العالم مكان به الكثير من الحميمية. يجب أن أتوجه بالشكر الجزيل إلى الأشخاص الذين سمحوا لي بسرد قصصهم في هذا الكتاب: لورا أندرسون، جانيت بينشوف، روبرت بورستين، بريان داماتو، والت ديفاين، سارة جولد، روث آن جانيسون، أماليا جويلسون، كارين جوهانسن. إيف كان ، أميليا لانج، كارليتا لويس، بيتسي دي لوتبينير، مارثا مانينغ، بول بيلي ماسون، تيريزا مورغان، ديري برودنت، لين ريفرز، ماجي روبينز، جو روجرز، جويل بي سميث، تينا سونيجو، أنجيل ستاركي، مارك فايس، والأشخاص الذين أسميتهم بشيلا هيرنانديز، وفرانك روساكوف، وبيل شتاين، ودانكيل ستيتسون، ولولي واشنطن، وكلوديا ويفر، وفريد ويلسون. لقد روى لي هؤلاء الرجال والنساء والعديد من الآخرين قصصهم الصعبة بشجاعة؛ وأتمنى فقط أن أكون قناة ملائمة لنقل كل شجاعتهم.

وبما أن هذا كتاب عن الاكتئاب، فإنني أشكر أيضًا الأشخاص الذين دونهم لم أكن لأتعافى بما يكفي لكتابة قصتي. أنا ممتن للغاية للعديد من الأطباء الذين عالجوني وساعدوني. أشعر بأنني محظوظ جدًّا لأن عقلي كان بين هذه الأيدي القديرة. وقد اكتمل عمل الأطباء بكرم الأصدقاء الذين لن أذكرهم، ولكنهم يعرفون أنهم خلقوا لي طرقًا للبقاء على قيد الحياة. في وصفتي الشخصية للتغلب على الاكتئاب، فإن العنصر الأهم هو الحب الذي أظهره هؤلاء الأفراد المتميزون؛ إنهم صادقون ورائعون حقًّا، ونصائحهم اللطيفة وحسهم المتعاطف وحكمتهم الكبيرة منحوني جميعًا المساحة التي يمكن أن أكون مجنونًا فيها بأمان. وأود أن أعرب عن شكري العميق لخوان وأماليا فرنانديز، اللذين أتاح لي اهتمامهما المخلص في أثناء عملية الكتابة حرية التعبير عن أفكاري بشكل صادق أصيل.

لم يسبق لي أن عيَّنت باحثًا مساعدًا حتى بدأت العمل على هذا الكتاب. لقد كنت محظوظًا جدًّا بالعثور على الفنان الموهوب ستيفن بيترولف، الذي اقتطع مئات الساعات بعيدًا عن لوحاته وعمل على هذا الكتاب بأقصى ما يستطيع من جهد. ولم يكن أيٌّ مما حققته هنا من الدقة والبحث ممكنًا لولا مساعدته؛ كما أن العديد من أفكاري تشكلت من أفكاره. ولم يكن يمكن لهذا الكتاب أن يوجد بشكله الحالي دون مساهمته. علاوة على ذلك، فقد أظهر أنه رجل ذو شخصية؛ لقد كان ذكاؤه وعاطفته ولطفه مصدر سعادة دائمة بالنسبة لي.

كان والدي في السابعة والستين من عمره عندما أُصبت بأول نوبة من الاكتئاب. وهو يستحق الثناء ليس فقط على حبه وكرمه، ولكن أيضًا على مرونة عقله وروحه التي سمحت له باستمرار بفهم مرضي ومساعدته الدائمة. إن قدرته على المزج بسلاسة بين الطاقة الخيالية للشباب وحكمة التقدم في العمر لا مثيل لها. لقد كان دائمًا داعمي الذي لا يتزعزع وملهمي الأكبر. وأهديه هذا الكتاب من كل قلبي.

لقد تطلب إعداد الملحق الدعم والمشورة من العديد من الخبراء. أود أن أشكر إليزابيث فيتلسون، وريتشارد أ. فريدمان، وجاي جينجريتش، وتوماس إنسل، وهيلين مايبيرج، وكيلي بوسنر، وسامانثا بوردمان روزين، الذين قرأ كل منهم مسودات ذلك الفصل، موضحين لي ليس فقط أبحاثهم الخاصة، ولكن أيضًا أبحاث الآخرين. كما أود أن أشكر جيفري ليبرمان وماري دالتون على دعمهما القوي في المركز الطبي بجامعة كولومبيا، حيث أجريت بعض هذه الأبحاث. وقد زودني بو لي، من مختبر كولد سبرينج هاربور، بمواد ممتازة عززت الجوانب العلمية المذكورة هنا بشكل كبير. كما قدمت جولييت ميتشل نصائح رائعة لعملي فيما يتعلق باكتئاب ما بعد الولادة، كما سهلت ماري دالتون وجين كوليهان وميشيل ديفيتو عملية جمع البيانات. أنا ممتن للغاية لجيل فارنوم وروب فرانكل وكريستين جيست وندى حافظ لمشاركتهم قصصهم بسخاء. وقد قرأت نان جراهام كتابتي وحررتها مرة أخرى، وفعلت ذلك ببصيرتها المميزة. كما ساعدتني أليس تروكس بشجاعة في تنظيم حججي. ونظمت كاثلين سايدل الهوامش والمراجع وقدمت اقتراحات في النص أيضًا؛ وقد أدت مساعدتها الدقيقة إلى رفع مستوى عملي. أود أن أشكر والدي، هوارد سولومون، على ساعات عديدة من القراءة والحديث عن هذا الملحق؛ وأبنائي، أوليفر شير، ولوسي شير، وبلين سولومون، وجورج سولومون، الذين تحملوا جميعًا انشغال والدهم بهذه المادة الصعبة؛ وصديقي العزيز جون حبيش، الذي، على الرغم من أنه لم يخلصني من اكتئابي، فإنه أعطاني ألف سبب لتحمله.

الهوامش

لقد استفدتُ من العديد من الكتب العامة الممتازة عن الاكتئاب في كتابتي لهذا الكتاب. ومن بين هذه الأعمال، أود أن أشيد بشكل خاص بكتاب «حالة مزاجية منفصلة A Mood Apart» للرائع لبيتر ويبرو، و«عقل غير هادئ An Unquiet Mind» و«الليل يُخيم سريعًا Night Falls Fast» لكاي ريدفيلد جاميسون، و«الشمس السوداء Black Sun» لجوليا كريستيفا، وهو كتاب صعب لكنه ثري للغاية، و«مولود تحت زحلBorn Under Saturn» لرودولف ومارجوت ويتكوير، و«الاكتئاب والسوداوية Melancholia and Depression» لستانلي جاكسون. لقد وثقت جميع الاقتباسات المباشرة المأخوذة من المصادر المطبوعة. جميع الاقتباسات الأخرى مأخوذة من مقابلات شخصية أُجريت بين عامي 1995 و2000.

ملاحظة عن المنهج

1) ظهرت مقالة نيويوركر تحت عنوان «تشريح الكآبة» في عدد 12 يناير 1998.

2) *Graham Greene, Ways of Escape, page 285*

3) شركة والدي هي فوريست لابوراتوريز. لم تشارك الشركة في تطوير دواء سليكسا، على الرغم من أنها عملت على إنتاج نسختها الخاصة.

4) كان كاي ريدفيلد جاميسون، ومارثا مانينج، وميري دانكوا من بين المؤلفين الذين ناقشوا سمِّية هذا الموضوع.

الفصل الأول: الاكتئاب

1) إن كلمتَي الاكتئاب والكآبة عامتان إلى حد كبير، وعلى الرغم من جهود بعض المؤلفين للتمييز بينهما، فإنهما مترادفتان. ومع ذلك، يشير مصطلح الاكتئاب

الحاد إلى الحالة النفسية المحددة تحت عنوان «اضطراب اكتئابي حاد» في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV)، الصفحات 339-45.

2) لقد أخذت قصة القديس أنطونيوس في الصحراء من محاضرة لإلين باجلز.

3) الاقتباس الأول من رواية «غرفة يعقوب» موجود في الصفحات 140-41. والثاني في الصفحة 168.

4) للاطلاع على مناقشة حول «الموتى قانونيًّا»، انظر:

Sherwin Nuland's How We Die, page 123.

5) الأنهيدونيا Anhedonia أو انعدام التلذذ هي «عدم القدرة على الشعور بالمتعة»، كما عرفها فرانسيس مونديمور، انظر:

Francis Mondimore, Depression: The Mood Disease, page 22.

6) تأتي صيغة الاكتئاب من طبعة عام 1989 من الكتاب المدرسي الشامل للطب النفسي، الصفحة 870

7) يأتي كلا الاقتباسين من كتاب «مقالات وأمثال» لشوبنهاور، ص42-43.

8) الرقم 19 مليون يأتي من موقع الهيئة الوطنية للصحة النفسية على شبكة الإنترنت: انظر:

www.nimh.nih.gov/ depression/indexl.htm.

يمكن إثبات أن ما يقرب من 2.5 مليون طفل يعانون الاكتئاب من خلال تجميع عدد من الإحصائيات. وجدت إحدى الدراسات أن ما يقرب من %6.2 من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين التاسعة والسابعة عشرة يعانون اضطرابات المزاج خلال فترة ستة أشهر، وأن %4.9 يعانون اضطرابًا اكتئابيًّا حادًّا. هذه النسبة الأخيرة، المُطبقة على إحصاءات التعداد السكاني لعام 1990 للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة والسابعة عشرة (نحو 45 مليونًا) تساوي رقمًا تقريبيًّا قدره 2.5 مليون. أشكر فيث بيترولف ومكتبة أكاديمية سيويكلي على مساعدتهم في هذا الشأن. انظر:

«The MECA Study,» by D. Shaffer et al., in the Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 35, no. 7 (1996).

9) الرقم 2.3 مليون يأتي من موقع الهيئة الوطنية للصحة النفسية على شبكة الإنترنت: انظر:

www.nimh.nih.gov/publicat/manic.cfm.

10) معلومة أن الاكتئاب أحادي القطب هو السبب الرئيسي للإعاقة في الولايات المتحدة وفي جميع أنحاء العالم للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم خمس سنوات وما فوق، مأخوذة من موقع الهيئة الوطنية للصحة النفسية، انظر:

www.nimh.nih.gov/publicat/invisible.cfm

ومعلومة أن التصنيف الإحصائي للاكتئاب الحاد من حيث حجم العبء المرضي في العالم المتقدم هو المرتبة الثانية، مأخوذة من موقع الهيئة الوطنية للصحة النفسية، انظر:

www.nimh.nih.gov/publicat/burden.cfm

11) معلومة أن الاكتئاب يستغرق سنوات أطول من سنوات الحرب والسرطان وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز مجتمعة، مأخوذة من تقرير الصحة العالمية لعام 2000 الصادر عن منظمة الصحة العالمية، الذي يمكن الاطلاع عليه على الإنترنت على الموقع التالي:

www.who.int/whr/2000/index.htm

المعلومات مأخوذة من الجدول رقم 4 في الملحق، وهي قابلة للتطبيق على حالات محددة في الأمريكتين وشرق البحر الأبيض المتوسط بالنسبة إلى وفيات سرطان الرئة والجلد، وكذلك جميع فئات الوفيات في أوروبا وجنوب شرق آسيا وغرب المحيط الهادئ. للاطلاع على الجدول، انظر: www.who.int/whr/2000/en/statistics.htm

12) إن فكرة أن المرض الجسدي يمكن أن يخفي الاكتئاب هي فكرة شائعة. في مقالته بعنوان «التعرف على المرضى الذين يعانون أعراضًا جسدية للاكتئاب وعلاجهم»، ذكر جيفري دي ويستر أنه على الرغم من أنه «يقدر أن 77% من زيارات الصحة النفسية في الولايات المتحدة تتم في عيادة طبيب الرعاية الأولية... فإن أقل من 20% من هؤلاء المرضى يبلغون عن أعراض نفسية أو ضيق». وفي مقال بعنوان «دور الشكاوى الجسدية في تشخيص الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين»، تشرح إليزابيث مكولي وآخرون أن «التعبير عن الأعراض الجسدية وُثِّق جيدًا كإحدى الطرق التي يمكن أن يظهر بها الاكتئاب، وبخاصة في الأفراد والثقافات التي لا تُشجِّع على الاعتراف بالحالات الوجدانية والتعبير عنها». انظر:

«Recognizing and Treating the Patient with Somatic Manifestations of Depression,» Journal of Family Practice 43, suppl. 6 (1996).

«The Role of Somatic Complaints in the Diagnosis of Depression in Children and Adolescents,» Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 30, no. 4 (1991

13) يمكن العثور على النسب المئوية الواردة هنا في:

D. A. Regier et al., «The de facto mental and addictive disorders service system. Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services,» Archives of General Psychiatry 50, no. 2 (1993).

وفقًا للدراسة، كان لدى الأفراد الذين شُخِّصت إصابتهم بالاكتئاب أحادي القطب مستوى معتدل من الاستفادة من خدمات الصحة النفسية. على وجه التحديد، بينما طلب ما يقرب من نصفهم (49٪) المساعدة الطبية المتخصصة، مع لجوء 27.8% إلى خدمات الصحة النفسية المتخصصة والإدمان، تلقى 25.3% الرعاية من الخدمات الطبية العامة.

14) معلومة أن أكثر من 95% من عامة السكان الذين يعانون الاكتئاب يعالَجون من قِبل الممارسين العامين، يمُكن العثور عليها هنا:

Jogin Thakore and David John, «Prescriptions of Antidepressants by General Practitioners: Recommendations by FHSAs and Health Boards,» British Journal of General Practice 46 (1996)

15) معلومة أنه لا يُتعرَّف على هذا الاكتئاب إلا بنسبة 40% من الوقت بالنسبة إلى البالغين، و20% فقط من الوقت بالنسبة إلى الأطفال ذكرها ستيفن هايمان، مدير المعهد الوطني للصحة النفسية، في مقابلة شفهية يوم 29 يناير. 1997.

16) العدد التقديري للأشخاص الذين يتناولون بروزاك ومثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية الأخرى مأخوذ من جوزيف جلينمولن، انظر:

Joseph Glenmullen's Prozac Backlash, page 15.

17) «لقد دُرِست معدلات الوفيات بسبب الاكتئاب على نطاق واسع ولم تكن النتائج متسقة تمامًا. حُدِّد رقم 15% في الأصل من قبل روبينز وجوزي، انظر:

S. B. Guze and E. Robbins, «Suicide and affective disorders,» British Journal of Psychiatry 117 (1970)

وأكده فريدريك جودوين وكاي جاميسون في مراجعة شاملة لثلاثين دراسة مدرجة في كتابهم مرض الهوس الاكتئابي. وتستند المعدلات المنخفضة إلى عمل جي دبليو بلير ويست، وجي دبليو ميلسوب، وإم إل آيسون-عنان، انظر:

G. W. Blair-West, G. W. Mellsop, and M. L. Eyeson- Annan, «Down-rating lifetime suicide risk in major depression,» Acta Psychiatrica Scandinavica 95 (1997).

أظهرت هذه الدراسة أن أخذ التقديرات الحالية لمستويات الاكتئاب وتطبيق نسبة 15% من شأنه أن يجعل العدد الإجمالي لحالات الانتحار أربعة أضعاف ما هو موثق حاليًّا. اقترح بعض الباحثين الجدد رقمًا قدره 6 بالمائة، لكن هذا يعتمد على عينة سكانية يبدو أنها تحتوي على عدد كبير بشكل مخادع من الأشخاص الذين عولِجوا كنزلاء في المستشفيات، انظر:

H. M. Inskip, E. Clare Harris, and Brian Barraclough, «Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism, and schizophrenia,» British Journal of Psychiatry 172 (1998)

أحدث الدراسات هي من تأليف جي إم بوستويك وإس بانكراتز، «الاضطرابات العاطفية ومخاطر الانتحار: إعادة فحص»، في المجلة الأمريكية للطب النفسي (تحت الطبع). تحدد هذه الدراسة معدل 6% لأولئك الذين أقاموا في المستشفى بسبب الاكتئاب، و4.1% لأولئك الذين تلقوا علاجًا مستمرًّا داخل المستشفى، و2% لأولئك الذين لم يتلقوا علاجًا بها. ويجب التأكيد على أن المشكلات الإحصائية التي تنطوي عليها هذه الحسابات معقدة للغاية، وأن الطرق المختلفة لحساب الوفيات المتناسبة أعطت معدلات متفاوتة، معظمها أعلى من تلك التي حددها بوستويك وبانكراتز.

18) أُخِذت المعدلات المقارنة للاكتئاب التراكمي من المجموعة التعاونية عبر الوطنية، انظر:

«The Changing Rate of Major Depression,» Journal of the American Medical Association 268, no. 21 (1992); see Figure 1, page 3100.

19) فكرة أن الاكتئاب يحدث لدى الشباب مأخوذة من:

D. A. Regier et al., «Comparing age at onset of major depression and other psychiatric disorders by birth cohorts in five U.S. community populations,» Archives of General Psychiatry 48, no. 9 (1991).

20) للاطلاع على عرض بليغ للآثار السلبية لعارضات الأزياء على النساء، انظر:

The Beauty Myth by Naomi R. Wolf.

21) Herman Spitz's The Raising of Intelligence states, «On the Wechsler Intelligence Scales mild retardation is encompassed by IQs of 55 to 69, and on the Stanford-Binet Intelligence Scale by IQs of 52-67,» page 4.

22) الحبوب التي أراها بهذه الألوان هي بوسبار وزيبريكسا (أبيض)؛ إفيكسور سريع المفعول (وردي)؛ وإيفكسور ممتد المفعول (أحمر غامق)؛ وويلبوترين (فيروزي).

23) تشير العديد من الدراسات إلى أن معدلات الإصابة بسرطان الجلد آخذة في الارتفاع. تقول إحدى الدراسات أن «على مدى العقود القليلة الماضية، أصبح سرطان الجلد أكثر شيوعًا؛ وكانت الزيادة في معدلات الإصابة والوفيات من بين الأكبر من أي سرطان». انظر:

H. Irene Ball et al., «Update on the incidence and mortality from melanoma in the United States,» published in the Journal of the American Academy of Dermatology 40 (1999)

24) سنناقش آراء أبقراط حول الاكتئاب باستفاضة في الفصل الثامن.

25) وُثِّقت أهوال الخمير الحمر على نطاق واسع. للحصول على إعادة تمثيل حية للفظائع، أقترح مشاهدة الفيلم الرائع: حقول القتل The Killing Fields.

26) اقتباس أوفيد مأخوذ من:

Jamison's Night Falls Fast, page 66.

الفصل الثاني: الانهيارات

1) قصة حياتي مع الروس رُويت في كتابي الأول، **برج المفارقة**، وفي المقالات اللاحقة لمجلة نيويورك تايمز:

«Three Days in August,» published September 29, 1991; «Artist of the Soviet Wreckage,» published September 20, 1992; and «Young Russia's Defiant Decadence,» published July 18, 1993.

2) فرقة الروك المعنية هي Middle Russian Elevation.

3) يمكن العثور على اقتباس جيرهارد ريختر في مذكراته الشعرية، انظر:

The Daily Practice of Painting, on page 122.

4) المقالة التي كنت أنهيها في أثناء إصابتي بحصوات الكلى نُشرت في عدد 28 أغسطس 1994 من مجلة نيويورك تايمز تحت عنوان «صُم بتحدٍّ Defiantly Deaf».

5) لقد طُرحت فكرة تزامن وظيفة تحت المهاد مع الوظيفة القشرية في العديد من المناسبات وشُرحت في:

Peter Whybrow's A Mood Apart, pages 153-65.

6) تستند النسب المئوية، في رأيي، إلى نتائج غير مؤكدة حتى الآن، وبالتالي تُظهِر تناقضات واسعة. ومع ذلك فقد أخذت هذه الإحصائيات التي تعكس الإجماع العام من:

Eric Fombonne's essay «Depressive Disorders: Time Trends and Possible Explanatory Mechanisms,» published in Michael Rutter and David J. Smith's Psychosocial Disorders in Young People, page 576.

7) لم أتناول مرض الهوس الاكتئابي بشكل مطول؛ فهو موضوع يستحق كتبًا خاصة به. للحصول على نظرة علمية لخصائص المرض، انظر:

Fred Goodwin and Kay Jamison's Manic-Depressive Illness.

8) تصريحات جوليا كريستيفا مأخوذة من:

Black Sun,page 53

9) قصيدة إميلي ديكنسون، التي تعد من بين قصائدي المفضلة على الإطلاق في تاريخ العالم كله، موجودة هنا:

The Complete Poems of Emily Dickinson, pages 128-29.

10) ظهر اقتباس دافني ميركين في:

he New Yorker,January 8, 2001, page 37.

11) قصيدة إليزابيث برينس غير منشورة.

12) يمكن العثور على اقتباس ليونارد وولف في كتابه «البداية مجددًا». انظر:

Beginning Again, on pages 163-64.

13) إن قائمة ما يحدث في أثناء الاكتئاب مأخوذة من مصادر متعددة لا يمكن حصرها، بالإضافة إلى مقابلات لا حصر لها مع الأطباء والمتخصصين. للحصول على أوصاف حية لأساسيات غالبية هذه العمليات، انظر:

Peter Whybrow's A Mood Apart, pages 150-67.

14) تقدم طبعة أبريل 1999 من مجلة «سايكولوجي توادي» ملخصًا آخر للطبيعة البيولوجية للاكتئاب. كما يقدم ملخص تشارلز نيميروف لبيولوجيا الأعصاب الخاصة بالاكتئاب، الموجود في مجلة ساينتفيك أمريكان في يونيو 1998، مناقشة غير أكاديمية أكثر تفصيلًا للعديد من القضايا المعقدة التي أُثيرت هنا.

15) وُضِّحت فكرة أن رفع مستويات الهرمون المطلق لموجهة الدرقية (TRH) يمكن أن يكون علاجًا مفيدًا للاكتئاب، على الأقل مؤقتًا، في المقال التالي:

Fred Goodwin and Kay Jamison's Manic- Depressive Illness, page 465.

16) يوجد الآن قدر كبير من العمل لدعم فكرة أن الاكتئاب يصبح أكثر حدة مع الوقت. لقد ناقشت الأمر بالتفصيل مع روبرت بوست من المعهد الوطني للصحة النفسية وجون جريدن من جامعة ميشيجان.

17) اقتباس كاي جاميسون مأخوذ من:

Night Falls Fast, page 198.

18) إن التبصرات حول النوبات في دماغ الحيوان تأتي إلى حد كبير من عمل سوزان فايس وروبرت بوست. للحصول على معلومات حول ظاهرة «التأجيج» واستخدامها كنموذج للاضطرابات العاطفية، راجع المقالة التي شاركا في تأليفها:

Kindling: Separate vs. shared mechanisms in affective disorder and epilepsy,» Neuropsychology 38, no. 3 (1998).

19) المعلومات عن تضرر أنظمة أحادي الأمين في أدمغة الحيوانات تأتي من:

Juan Lopez et al., «Regulation of 5-HT Receptors and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Implications for the neurobiology of suicide,» Annals of the New York Academy of Sciences 836 (1997).

فيما يخص العلاقة بين الاكتئاب والكورتيزول والنظام أحادي الأمين، انظر:

Juan Lopez et al., «Neural circuits mediating stress,» Biological Psychiatry 46 (1999).

20) يستند هذا التفسير للاستجابات للضغط النفسي في حالة الاكتئاب إلى عمل خوان لوبيز وإليزابيث يونج في جامعة ميشيجان، وكين كيندلر في كلية طب فرجينيا. هناك تفسيرات للاكتئاب بقدر عدد وجود النجوم في السماء، لكنني أعتقد أن النموذج القائم على الضغط النفسي الذي وضعه علماء ميشيجان مقنع بشكل خاص.

21) لدراسة استخدام الكيتوكونازول على أساس تجريبي، انظر:

O. M. Wolkowitz et al., «Antiglucocorticoid treatment of depression: double-blind ketoconazole,» Biological Psychiatry 45, no. 8 (1999).

22) أُجريت الدراسات على قردة البابون بواسطة روبرت سابولسكي وشرحها لي في مقابلة شفهية مع إليزابيث يونج. يمكن العثور على العمل الخاص بمراقبي الحركة الجوية في:

R. M. Rose et al., «Endocrine Activity in Air Traffic Controllers at Work. II. Biological, Psychological and Work Correlates,» Psychoneuroendocrinology 7 (1982).

23) إن حقيقة أن القلب يضعف بعد تعرضه للاحتشاء هي فكرة راسخة. ومع ذلك، فإن شدة الضرر الذي يلحق بالقلب تعتمد على حجم الأنسجة الميتة داخل القلب. وفي حين تشير البيانات إلى أن المناطق المتضررة لا تجعل بالضرورة الشخص له معدل انتكاسة أعلى من المجموعة الضابطة Control group، فمن المؤكد أن مرض الشريان التاجي المنتشر يفعل ذلك. ومع ذلك، يجب إيلاء اهتمام وثيق لحالة قلب أي شخص تعرض لأزمة قلبية، والعلاجات المناسبة لمنع الانتكاس لمثل هذا الشخص. أشكر الدكتور جوزيف هايز من جامعة كورنيل لمساعدته في هذا الشأن.

24) يمكن العثور على أعمال خوان لوبيز مع أنظمة الإجهاد والضغوط لدى الفئران في:

Juan Lopez et al., «Regulation of 5-HT1A Receptor, Glucocorticoid and Mineralocorticoid Receptor in Rat and Human Hippocampus: Implications for the Neurobiology of Depression,» Biological Psychiatry 43 (1998).

أما مناقشة مسألة مستويات الكورتيزول وتضخم الغدة الكظرية فيمكن إيجادها في:

Juan Lopez et al., «Regulation of 5-HT Receptors and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Implications for the Neurobiology of Suicide,» Annals of the New York Academy of Sciences 836 (1997).

25) يمكن العثور على أبحاث حول تأثيرات الضغط المستمر على الدماغ في عدد من المقالات، أغلبها بقيادة روبرت سابولسكي. للحصول على معلومات حول استجابة الدماغ للتوتر والضغط النفسي، انظر:

Robert Sapolsky et al., «Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates,» Journal of Neuroscience 10, no. 9 (1990).

26) للدراسات المتعلقة بتفاعل الإجهاد البيولوجي والحالة الاجتماعية، انظر:

Robert Sapolsky, «Stress in the Wild,» Scientific American 262, no. 1 (1990), and his «Social subordinance as a marker of hypercortisolism: Some unexpected subtleties,» Annals of the New York Academy of Sciences 771 (1995). Greden's discussion of the epidemiology of major depression is in Barbara Burns et al., «General Medical and Specialty Mental Health Service Use for Major Depression,» International Journal of Psychiatry in Medicine 30, no. 2 (2000).

27) تعتمد الأدبيات المتعلقة بمضادات الاكتئاب في المقام الأول على دراسات قصيرة المدى وتشير إلى أن مضادات الاكتئاب تبدأ مفعولها خلال أسبوعين إلى أربعة

أسابيع وتصل إلى ذروة تأثيرها خلال ستة أسابيع. تجربتي الخاصة تشير بقوة إلى أن الأمر يستغرق عدة أشهر للحصول على النتائج الكاملة لهذه الأدوية.

28) مسألة أن 80 بالمائة من المرضى يستجيبون للأدوية ولكن 50 بالمائة فقط لأي دواء معين، يمكن العثور عليها في:

Mary Whooley and Gregory Simon's «Managing Depression in Medical Outpatients,» New England Journal of Medicine 343, no. 26 (2000).

29) الصديق الذي أشير إليه هنا هو ديري برودنت، الذي تُروى قصته في الفصل الخامس.

30) نُشرت أعمال جورج براون حول العلاقة بين الاكتئاب والخسارة في مجموعة متنوعة من المجلات الأكاديمية، وقد أُشير إلى مجموعة صغيرة منها في قائمة المراجع. للحصول على مقدمة جيدة لعمله، أوصي بمقالته التالية:

«Loss and Depressive Disorders,» published in Adversity, Stress and Psychopathology,edited by B. P. Dohrenwend.

31) فكرة أن النوبة الأولى من الاكتئاب ترتبط ارتباطًا وثيقًا بأحداث الحياة، مع كون النوبات المتكررة أقل اعتمادًا على مثل هذه الأحداث، هي فكرة تبناها لأول مرة إميل كريبلين في كتابه «الجنون الهوسي الاكتئابي وجنون الارتياب». وقد دُرِست هذه الفكرة على نطاق واسع إلى حد ما مع اتساق كبير في النتائج. بينما تستعرض إحدى الدراسات الحديثة الأدبيات المتعلقة بهذا الموضوع، تصل في بحثها الخاص إلى «أدلة قوية وثابتة على وجود تفاعل سلبي. وهذا يعني أنه مع كل نوبة اكتئاب سابقة جديدة، يصبح الارتباط بين أحداث الحياة الضاغطة وبداية الاكتئاب الشديد أضعف تدريجيًّا». انظر:

Ken Kendler et al., «Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: An evaluation of the 'kindling' hypothesis,» American Journal of Psychiatry 157, no. 8 (2000)

32) لُخِّصت هذه الفكرة المهمة من كاي جاميسون بشكل جيد في سطر من كتابها عن الانتحار، «الليل يخيم سريعًا Night Falls Fast»: «إن اليأس المطلق للاكتئاب الانتحاري، بطبيعته، معدٍ، ويجعل أولئك الذين يريدون المساعدة عاجزين عن القيام بذلك»، ص294.

33) اقتباس توما الأكويني مأخوذ من:

Summa Theological Complete English Edition in Five Volumes, q. 25, a. 4, vol. 2, pages 702-3.

أشكر الدكتور جون ويبيل والدكتور كيفن وايت من الجامعة الكاثوليكية الأمريكية للمساعدة في تحديد مكان هذه المقاطع وترجمتها وتفسيرها.

34) إن التداخل بين الاضطرابات العاطفية وإدمان الكحول والجينات معقد للغاية. للحصول على ملخص ممتاز للمواقف والدراسات والاستنتاجات الحالية، انظر:

Frederick Goodwin and Kay Jamison's «Alcohol and Drug Abuse in Manic-Depressive Illness,» beginning on page 210 in their book Manic-Depressive Illness.

أوصي أيضًا بالكتب التالية:

David McDowell and Henry Spitz's Substance Abuse & Marc Galanter and Herbert Kleber's Textbook of Substance Abuse Treatment.

35) هذه الإحصائية عن اضطراب القلق مأخوذة من:

Stephen Hall, «Fear Itself,» New York Times Magazine, February 28, 1999, page 45.

36) لمزيد من المناقشة المتعمقة حول القلق والنوم، انظر:

T. A. Mellman and T. W. Uhde, «Sleep and Panic and Generalized Anxiety Disorders,» in The Neurobiology of Panic Disorder, edited by James Ballenger.

37) هذا الاقتباس مأخوذ من رواية «الناقوس الزجاجي» لسيلفيا بلاث، ص3.

38) اقتباس جين كينيون مأخوذ من:

«Having It Out with Melancholy» in the volume Constance, page 25.

39) اقتباس دانييل خارمس مأخوذ من:

Incidences, page 4.

40) اقتباس أرتو مأخوذ من عنوان إحدى رسوماته، انظر:

Antonin Artaud: Works on Paper, 1996

41) اقتباس سكوت فيتزجيرالد مأخوذ من روايته «جاتسبي العظيم»، ص66.

42) اقتباس جين كينيون مأخوذ من:

«Back» in the volume Constance, page 32.

43) الكتاب المدرسي القياسي في طب الطوارئ هو:

Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice, 4th ed., 3 vols., edited by Peter Rosen et al.

الفصل الثالث: العلاجات

1) اقتباس لورمان موجود في كتابها الرائع:

Of Two Minds, page 7

2) لاقتباس لورمان، انظر المرجع السابق.

3) الاقتباس المأخوذ من رواية «السنوات» يمكن العثور عليه في ص378.

4) كتب روس نيومان، المدير التنفيذي للممارسة المهنية في جمعية علم النفس الأمريكية، في رسالة إلى محرر شبكة يو إس نيوز آند وورد ريبورت، في 26 أبريل 1999، «لقد كان البحث واضحًا تمامًا أنه في كثير من حالات الاكتئاب، يقع الاختيار على مزيج من العلاج النفسي والأدوية»، ص8. وقد وجدت دراسة حديثة نتائج مماثلة، انظر:

Martin Keller et al., «A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression,» New England Journal of Medicine 342, no. 20 (2000).

أجرت إلين فرانك عددًا من الدراسات التي تقارن بين العلاجات الكلامية والصيدلانية مع مجموعات مختلفة. وخلصت دراستها إلى أن «العلاج المشترك باستخدام كلا العلاجين يبدو أنه الإستراتيجية السريرية المُثلى لتحقيق التعافي». انظر:

Journal of the American Medical Association 281, no. 1 (1999).

تُشير الدراسات الأولية في هذا المجال أيضًا إلى فاعلية العلاج المُركب، انظر:

as Gerald Klerman et al., «Treatment of depression by drugs and psychotherapy,» American Journal of Psychiatry 131 (1974), and Myrna Weissman and Eugene Paykel, The Depressed Woman: A Study of Social Relationships.

5) يمكن العثور على الوصف الأساسي لمنهجية العلاج المعرفي السلوكي في عمل بيك الأساسي الذي يحمل عنوان «الاكتئاب». من بين المنشورات المعاصرة، انظر بشكل خاص:

Mark Williams's The Psychological Treatment of Depression, 2nd edition

6) عبارة «التفاؤل المكتسب» تأتي من مارتن سيليجمان وهي عنوان كتابه الذي صدر عام 1990.

7) يمكن العثور على وصف شامل للمنهجية الأساسية للعلاج بين الأشخاص في:

Myrna Weissman, John Markowitz, and Gerald Klerman's Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy.

8) الدراسة المتعلقة بالأساتذة كمعالجين هي:

Hans Strupp and Suzanne Hadley, «Specific vs. nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome,» Archives of General Psychiatry 36, no. 10 (1979).

يقول المؤلفان: «كانت نتائج هذه الدراسة متسقة ومباشرة. فقد أظهر المرضى الذين يخضعون للعلاج النفسي مع أساتذة جامعيين، في المتوسط، قدرًا كبيرًا من التحسن الكمي مثل المرضى الذين عولجوا من قِبل معالجين نفسيين محترفين ذوي خبرة». ص1134.

9) اعتمدت في مناقشتي لمستويات الناقلات العصبية لدى الأشخاص المكتئبين على العديد من الكتب والمقالات والمقابلات التي لا مجال لذكرها. ومع ذلك، فقد وُضِّحت العديد من هذه الأفكار في كتاب بيتر ويبرو: *A Mood Apart*

10) لمناقشة التريبتوفان والاكتئاب، انظر:

T. Delgado et al., «Serotonin function and the mechanism of antidepressant action: Reversal of antidepressant by rapid depletion of plasma tryptophan,» Archives of General Psychiatry 47 (1990), and K. Smith et al., «Relapse of Depression After Rapid Depletion of Tryptophan,» Lancet 349 (1997).

11) للحصول على فحص ممتاز ومتبصر لتركيب السيروتونين ووظيفته، انظر:

Peter Whybrow's A Mood Apart, pages 224-27.

12) شُرِحت نظرية المستقبلات بالكامل في كتاب ديفيد هيلي الاستثنائي:

The Antidepressant Era, pages 161-63; 173-77

13) نوقِشت فكرة الوظيفة غير المباشرة للأدوية التي تؤثر على الناقلات العصبية، ومشكلة التوازن، بشكل مثير في:

Peter Whybrow's A Mood Apart, pages 150-67.

14) وُصِفت تأثيرات مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية على نوم حركة العين السريعة في العرض الذي قدمه مايكل ثيس بعنوان «النوم والاكتئاب» في المؤتمر السنوي لجمعية علم النفس الأمريكية، الذي عُقد في 14 مايو 2000 في شيكاجو. تعتبر تأثيرات مضادات استرداد السيروتونين الانتقائية على درجة حرارة الدماغ جزءًا من كيمياء الاكتئاب الأكبر. وقد لوحظ أنه في حالات الاكتئاب، ترتفع درجة

حرارة الجسم، وبخاصة في الليل، في كثير من الأحيان. لكن هذا الارتفاع نسبي فقط؛ حيث تنخفض درجة حرارة الجسم بشكل أقل في أثناء الليل في حالة الاكتئاب عما يحدث عادةً. يترافق ارتفاع درجة الحرارة الليلية في حالة الاكتئاب بعلامات أخرى لفرط اليقظة، مثل الأرق. وربما يكون من الجيد أن تعمل مضادات الاكتئاب على خفض درجة الحرارة المرتفعة هذه. للاطلاع على بعض المناقشات بشأن هذا الموضوع، انظر:

Biological Processes in Depression: An Updated Review and Integration,» by Michael Thase and Robert Howland in The Handbook of Depression,edited by E. Edward Beckham and William Leber, pages 213-79.

15) معظم المعلومات المتعلقة بالدراسات على الحيوانات، وانفصال الأمهات، والعدوان، والبيولوجيا العصبية المتغيرة تأتي من «ورشة عمل أبحاث الانتحار» التي رعاها المعهد الوطني للصحة النفسية، التي عُقدت في الفترة من 14 إلى 15 نوفمبر 1996. ومع ذلك، فقد نُشر الكثير في هذا المجال بشكل عام. أود أن أوصي بشكل خاص ببحث جاري كريمر كمقدمة للموضوع، انظر:

Gary Kraemer et al., «Rearing experience and biogenic amine activity in infant rhesus monkeys,» Biological Psychiatry 40, no. 5 (1996).

16) لقد كان هناك الكثير من الأبحاث فيما يتعلق بانفصال الأمهات والكورتيزول، انظر:

Gayle Byrne and Stephen Suomi, «Social Separation in Infant Cebus Apella: Patterns of Behavioral and Cortisol Response,» International Journal of Developmental Neuroscience 17, no.3 (1999), and David Lyons et al., «Separation Induced Changes in Squirrel Monkey Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Physiology Resemble Aspects of Hypercortisolism in Humans,» Psychoneuroendocrinology 24 (1999). That antidepressants can alleviate this condition is explicated in Pavel Hrdina et al., «Pharmacological Modification of Experimental Depression in Infant Macaques,» Psychopharmacology 64 (1979).

17) يمكن الاطلاع على الدراسات المتعلقة بقرود الهجرس الأخيضر في:

Michael Raleigh et al., «Social and Environmental Influences on Blood Serotonin Concentrations in Monkeys,» Archives of General Psychiatry 41 (1984).

18) نوقشت مسألة أن زيادة السيروتونين سوف تخفف من هذه المشكلات في:

Michael Raleigh and Michael McGuire, «Bidirectional Relationships between Tryptophan and Social Behavior in Vervet Monkeys,» Advances in Experimental Medicine and Biology 294 (1991), and Michael Raleigh et al., «Serotonergic Mechanisms Promote Dominance Acquisition in Adult Male Vervet Monkeys,» Brain Research 559 (1991).

19) يمكن العثور على العمل المتعلق بالمجازفة الحيوانية والعدوان والسيروتونين في:

P. T. Mehlman et al., «Low CSF 5-HIAA Concentrations and Severe Aggression and Impaired Impulse Control in Nonhuman Primates,» American Journal of Psychiatry 151 (1994).

20) استُعرِض العمل المتعلق برتبة القرد والسيروتونين في:

Michael McGuire and Alfonso Troisi's Darwinian Psychiatry, pages 93-94; 172-74.

21) الدليل على أن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية يمكن أن توقف أنماط العدوان موجود في:

C. Sanchez et al., «The role of serotonergic mechanisms in inhibition of isolation-induced aggression in male mice,» Psychopharmacology 110, no.1-2 (1993).

22) هناك بعض الجدل حول مدى شيوع الآثار الجانبية للعديد من مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية، وأبرزها بروزاك. يشعر معظم الأطباء والمعالجين أن شيوع العديد من الآثار الجانبية، وبخاصة انخفاض الدافع الجنسي وفقدان هزة الجماع، قد قُلِّل من شأنها بشكل جذري من قِبل شركات الأدوية في اختباراتها الأولية.

23) المعلومات المقدمة من أنيتا كلايتون مأخوذة من العرض الذي قدمته بعنوان «علم الأوبئة وتصنيف وتقييم العجز الجنسي» الذي قدمته في مؤتمر جمعية علم النفس الأمريكية في 13 مايو عام 2000 في شيكاجو.

24) تأتي إحصائية التوقف عن تناول مضادات الاكتئاب بعد ستة أشهر من:

Dr.H. George Nurnberg's presentation «Management of Antidepressant-Associated Sexual Dysfunction» delivered on May 13 at APA 2000 in Chicago.

25) لهذه القائمة من الأدوية التي تعزز الأداء الجنسي أو الرغبة، انظر المرجع السابق.

26) لتأثير الفياجرا على انتصاب القضيب ليلًا، انظر المرجع السابق.

27) للمزيد حول فكرة تناول الفياجرا يوميًّا، انظر المرجع السابق.

28) قدَّم الدكتور أندرو نيرنبرج بحثه بعنوان «انتشار وتقييم الخلل الوظيفي المرتبط بمضادات الاكتئاب»؛ وقدمت الدكتورة جوليا وارنوك بحثها بعنوان «الجوانب الهرمونية للخلل الجنسي لدى النساء: التحسن مع العلاج بالهرمونات البديلة». قُدِّم كلا العرضين في 13 مايو 2000 في مؤتمر جمعية علم النفس الأمريكية في شيكاجو.

29) يجب توخي الحذر الشديد عند وصف مضادات الاكتئاب من أي نوع للأشخاص المصابين بمرض الهوس الاكتئابي. بشكل عام، يحتاج الأشخاص المصابون بمرض الهوس الاكتئابي إلى تناول مثبتات المزاج -الليثيوم أو مضادات الاختلاج- مع مضادات الاكتئاب.

30) أشكر الدكتور ديفيد ماكدويل من جامعة كولومبيا على مناقشته بشأن مشكلة إدمان البنزوديازيبين.

31) تختلف الأرقام المتعلقة بفاعلية العلاج بالصدمات الكهربائية: يستشهد بيتر ويبرو في كتابه «مزاج منفصل A Mood Apart» بمعدل 85-90%، ص216؛ ويقدِّر فرانسيس مونديمور، في كتابه «الاكتئاب: مرض المزاج»، نسبة أعلى تزيد على 90%، ص65. وتعكس الأرقام التي قدمتها متوسطًا تقريبيًّا للعديد من معدلات الفاعلية المنشورة.

32) إن هذا العلاج بالصدمات الكهربائية من جانب واحد له آثار جانبية أقل من العلاج بالصدمات الكهربائية الثنائي، على الرغم من أنهما لهما الفاعلية نفسها. انظر:

Harold Sackein et al., «A Prospective, Randomized, Double-Blind Comparison of Bilateral and Right Unilateral Electroconvulsive Therapy at Different Stimulus Intensities,» Archives of General Psychiatry 57, no.5 (2000)

ذكر الباحثان أن العلاج بالصدمات الكهربائية من جانب واحد، عند إعطائه بنسبة 500 بالمائة من عتبة النوبة، يكون فعالًا مثل العلاج بالصدمات الكهربائية من جانبين، ولكنه يسبب أقل من سدس الآثار الجانبية المعرفية والإدراكية للصدمات الكهربائية من جانبين.

33) لمناقشة عامة حول أساليب العلاج بالصدمات الكهربائية، انظر:

Francis Mondimore's Depression: The Mood Disease, and Elliot Valenstein's Great and Desperate Cures.

34) تأتي إحصائية الوفيات الناجمة عن المضاعفات المعتمدة على العلاج بالصدمات الكهربائية من:

Stacey Pamela Patton, «Electrogirl,» Washington Post, September 19, 1999.

35) اقتباس ريتشارد أبرامز يأتي من كتابه:

Electroconvulsive Therapy, page 75.

36) وصفت لي مانينج هذه الاعتصامات، التي تضمنت مجموعات من الأشخاص تجمعوا معًا ووزعوا منشورات ضد «السيطرة الإلكترونية على العقل». حدثت معارضة كهذه في فعالية برعاية مكتبة خاصة في نورثامبتون، ماساتشوستس، ولكن عُقدت في مكتبة كلية سميث.

37) المقطع المذكور لتيد كازينسكي، مأخوذ من بيانه. وأود أن أؤكد أنني معجب برؤاه وأستنكر أساليبه.

38) تظهر كلمات شارلوت برونتي في:

Juliet Barker's The Brontes, page 599.

أشكر الفنانة إيلين رايشيك على لفت انتباهي إلى هذا المقطع.

الفصل الرابع: البدائل

1) لقد أخذت اقتباس تشيخوف من:

«Having It Out with Melancholy,» in the volume Constance, page 21.

2) هناك العديد من الدراسات حول التمارين الرياضية والاكتئاب؛ للاطلاع على إحدى أكثر تلك الدراسات دقة، انظر:

J. A. Blumenthal et al., «Effects of exercise training on older patients with major depression,» Archives of Internal Medicine 159 (1999).

3) يمكن العثور على مناقشة مبسطة حول دور النظام الغذائي في مكافحة الاكتئاب في:

The Food Doctor, by Vicki Edgson and Ian Marber, pages 62-65.

4) وُصِفت العلاقة بين زيت السمك وأحماض أوميجا 3 الدهنية وأعراض الاكتئاب في:

J. R. Calabrese et al., «Fish Oils and Bipolar Disorder,» Archives of General Psychiatry 56 (1999).

5) لقد عانى التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة انخفاض معدلات الفاعلية وارتفاع معدلات الانتكاس الاكتئابي. للحصول على مقدمة عامة عن عملية ونظرية وطريقة التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة، انظر:

Eric Hollander, «TMS,» CNS Spectrums 2, no. 1 (1997). For more specific academicandresearch-orientedinformation,seeW.J.Triggsetal.,«Effectsof leftfrontaltranscranialmagneticstimulationondepressedmood,cognition, and corticomotor threshold,» Biological Psychiatry 45, no. 11 (1999) , and Alvaro Pascual-Leone et al., «Rapid-rate transcranial magnetic stimulation of left dorsolateral prefrontal cortex in drug-resistant depression,» Lancet 348 (1996).

6) يعرض نورمان روزنتال وجهات نظره حول الاضطرابات العاطفية الموسمية في كتابه اكتئاب الشتاء Winter Blues.

7) يمكن استخلاص الأرقام الخاصة بمستويات الضوء تحت الضوء الاصطناعي والفعلي من:

Michael J. Norden's Beyond Prozac: Brain Toxic Lifestyles, Natural Antidotes and New Generation Antidepressants, page 36

8) إن الأدبيات المتعلقة بـإزالة الحساسية لحركة العين وإعادة المعالجة شحيحة. ولكن أفضل كتاب حول هذا الموضوع من حيث صلته بالاكتئاب هو:

Extending EMDR, edited by Philip Manfield.

9) علاجاتي في سيدونا كانت في منتجع إينشاتمينت Enchantment.

10) تظهر أفكار كالاهان المثيرة للاهتمام بشكلٍ ملخص في:

Fred Gallo's Energy Psychology. For Callahan's discussion of his techniques in reference to trauma, see Roger J. Callahan and Joanne Callahan, Stop the Nightmares of Trauma: Thought Field Therapy.

أنا لست مقتنعًا بأن عمله له أهمية سريرية حقيقية، على الرغم من أن طرق تفكيره مفيدة للأشخاص الذين يمارسون علاجات أكثر تقليدية.

11) المقطع الخاص بكورت هان مأخوذ من:

Readings from the Hurricane Island Outward Bound School, page 71

12) كتب مايكل يابكو دراسة مثيرة للإعجاب ومفيدة حول موضوع التنويم المغناطيسي واضطرابات المزاج تحمل عنوان التنويم المغناطيسي وعلاج الاكتئاب Hypnosis and the Treatment of Depression.

13) للاطلاع على نظريات النوم والاكتئاب، راجع عمل مايكل ثيس من جامعة بيتسبرج وديفيد دينجل من جامعة بنسلفانيا. يعدُّ توماس وير في المعهد الوطني للصحة

النفسية خبيرًا أيضًا في هذا المجال. يأتي وصف مراحل النوم المتغيرة من عدة مصادر، مطبوعة ولفظية. انظر:

Thomas Wehr, «Phase Advance of the Circadian Sleep-Wake Cycle as an Antidepressant,» Science 206 (1979); his «Reply to Healy, D., Waterhouse, J. M.: The circadian system and affective disorders: Clocks or rhythms,» Chronobiology International 7 (1990); his «Improvement of Depression and Triggering of Mania by Sleep Deprivation,» Journal of the American Medical Association 267, no. 4 (1992); and M. Berger et al., «Sleep deprivation combined with consecutive sleep phase advance as fast-acting therapy in depression,» American Journal of Psychiatry 154, no. 6 (1997). For more on this topic, see also the review chapter entitled «Biological Processes in Depression: An Updated Review and Integration,» by Michael Thase and Robert Howland in The Handbook of Depression, edited by E. Edward Beckham and William Leber, pages 213-79.

14) اقتباس سكوت فيتزجيرالد يأتي من:

The Crack-Dp, page 75.1

أشكر كلوديا سوان اليقظة دائمًا لاقتراح هذا المقطع.

15) للمزيد عن حالة الاستسلام القطبي الشمالي، انظر:

A. S. Blix's material in Symposium on Living in the Cold,edited by Andre Malan and Bernard Canguilhem.

16) هناك أدبيات واسعة حول عشبة القديس يوحنا، معظمها متكرر. لقد اعتمدت هنا على كتاب نورمان روزنتال «عشبة القديس يوحنا». حُصِل على المعلومات المتعلقة بالهيبركوم وإنترلوكن6- من الموقع الإلكتروني للمركز الوطني للطب التكميلي والطب البديل التابع للمعاهد الوطنية للصحة على الرابط التالي:

www.nccam.nih.gov/nccam/fcp/factsheets/stjohnswort/stjohnswort.htm.

17) أجد كتابات أندرو ويل مزعجة للغاية ولا أستطيع أن أوصي بأي منها. لُخِّصت وجهات نظره حول هذه المواضيع بشكل جيد في:

Jonathan Zuess's The Natural Prozac Program, pages 66-67.

18) اعترض الدكتور توماس براون من جامعة تولين على عشبة القديس يوحنا باعتبارها «توصف بشكل غير منطقي إلى حد ما من قِبل الكثيرين بأنها طبيعية وبالتالي آمنة». انظر:

Thomas Brown, «Acute St. John's Wort Toxicity,» American Journal of Emergency Medicine 18, no. 2 (2000), page 231.

مثل مضادات الاكتئاب الأخرى، أثارت العشبة نوبات الهوس الحاد. انظر:

Andrew Nierenberg et al., «Mania Associated with St. John's Wort,» Biological Psychiatry 46 (1999).

19) للحصول على معلومات حول عشبة القديس يوحنا والتفاعلات الدوائية، انظر:

www.nimh.nih.gov/events/stjohnwort.cfm.

A. Fugh-Berman, «Herbdrug interactions,» Lancet 355 no. 9198 (2000).

20) قائمة الأدوية التي تنخفض فاعليتها عند تناولها مع عشبة القديس يوحنا مأخوذة من:

Consumer Reports, «Emotional 'Asprin'?» December 2000, pages 60-63.

21) للاطلاع على دراسات بشأن مادة سام، انظر:

G.M. Bressa, «Sadenosyl-l-methionine (SAMe) as antidepressant: Meta-analysis of clinical studies,» Acta Neurologica Scandinavica 89, suppl. 154 (1994).

22) وُصِف ميل مادة «سام» إلى التعجيل بالهوس في:

Consumer Reports, «Emotional 'Asprin'?» December 2000, pages 60-63.

23) يمكن العثور على المعلومات حول مستويات مادة سام والناقلات العصبية الحيوانية في:

Richard Brown et al., Stop Depression Now, pages 74-75.

24) عُرِضت العلاقة بين مادة سام وعملية المثيلة في:

Joseph Lipinski et al., «Open Trial of S-adenosylmethionine for Treatment of Depression,» American Journal of Psychiatry 143, no. 3 (1984,).

25) يمكن العثور على رقم الإنفاق الأمريكي السنوي على الوخز بالإبر على الموقع الإلكتروني للمركز الوطني للطب التكميلي والطب البديل التابع للمعاهد الوطنية للصحة:

www.nccam.nih.gov/nccam/fcp/factsheets/acupuncture/acupuncture.htm.

26) كانت تخضع كلوديا ويفر للعلاج بالطب التجانسي على يد بامي سينج.

27) كتاب هيلينجر الأساسي هو «التماثل الخفي للحب Love's Hidden Symmetry».

يدير راينهارد لير مركز ليندرهوف للعلاج في بافاريا، حيث يجري معظم ممارساته. كان ريجين أولسن هو من رتَّب زيارة راينهارد لير إلى أمريكا.

28) اقتباسات فرانك روساكوف مأخوذة من مخطوطات غير منشورة.

29) للاطلاع على مناقشة لتقاليد السحر بين السنغاليين، انظر:

William Simmons's Eyes of the Night.

30) لقد اجتاز ريبوكستين جميع الاختبارات حتى الآن وينتظر موافقة إدارة الغذاء والدواء. في رسالة بريد إلكتروني حديثة، كتبت شركة فارماسيا: «فيما يتعلق بالريبوكسيتين، لم نحصل على موافقة إدارة الغذاء والدواء (FDA) في الولايات المتحدة، ولا يمكننا التكهن بموعد قد يكون فيه هذا الدواء متاحًا». واستنادًا إلى خطاب الموافقة الذي تلقته فارماسيا من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية بتاريخ 23 فبراير 2000، يجب إجراء تجارب سريرية إضافية في الولايات المتحدة قبل الموافقة على المنتج. لمزيد من المعلومات، أوصي بزيارة موقع فارماسيا على الويب.

31) لمعرفة المزيد عن المادة P، انظر:

Merck's Web site at www.dupontmerck.com.

للاطلاع على مقدمة بشأن استخدام المادة P كمضاد للاكتئاب، انظر:

David Nutt, «Substance-P antagonists: A new treatment for depression?» Lancet 352 (1998).

32) أخذت الرقم «نحو ثلاثين ألفًا» من بحث نُشر في مجلة ساينس في 16 فبراير 2001.

الفصل الخامس: الفئات

1) إن حقيقة أن عدد النساء اللائي يعانين الاكتئاب ضعف عدد الرجال تتكرر في الأدبيات العامة. للاطلاع على العمل الإحصائي الذي يدعم هذا الزعم، انظر:

«Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder,» Journal of the American Medical Association 276, no. 4 (1996).

2) إن فكرة أن الاختلافات بين الجنسين في الاكتئاب تبدأ عند البلوغ هي فكرة شائعة إلى حد ما، وهي سائدة في معظم الأدبيات حول هذا الموضوع. انظر:

Susan Nolen-Hoeksema's Sex Differences in Depression.

3) في حين أن الحجج حول المكونات البيولوجية للاكتئاب لدى النساء غير حاسمة، فلا يمكن إنكار أن التأثيرات المزاجية تنجم عن تقلبات هرمون الأستروجين والبروجستيرون في أنظمة هرمون الغدة النخامية وتحت المهاد. ويمكن الاطلاع على مناقشة هذه الظواهر في:

Susan Nolen-Hoeksema's Sex Differences in Depression, pages 64-76.

4) إحصائيات الانتحار بين النساء الحوامل أو اللاتي أنجبن للتو مأخوذة من:

E. Clare Harris and Brian Barraclough, «Suicide as an Outcome for Medical Disorders,» Medicine 73 (1994).

5) يعكس هذا الرقم الخاص باكتئاب ما بعد الولادة مجموعة متنوعة للغاية من الإحصائيات حول هذه القضية. هناك مشكلتان في التوصل إلى رقم دقيق. أولًا. مدى صرامة تعريف اكتئاب ما بعد الولادة يؤثر بشكل جذري على مدى حدوثه. ثانيًا، يمكن أن تحدث العديد من الأعراض المشابهة لتلك الموجودة في الاكتئاب كانعكاسات فسيولوجية للولادة. كتبت سوزان نولين هوكسيما عن إحدى الدراسات التي تقول إن «المعدلات المرتفعة ظاهريًا للاكتئاب لدى الأمهات الجدد نتجت عن اعترافهن بالأوجاع والآلام ومشكلات النوم التي تصاحب الحمل وإنجاب طفل جديد. بدلًا من وجود مجموعة كاملة من أعراض الاكتئاب». وتتابع: «تتراوح تقديرات انتشار الاكتئاب غير الذهاني لدى النساء خلال فترة ما بعد الولادة من 3 إلى 33%». هذه الاقتباسات تأتي من كتابها:

Sex Differences in Depression, pages 62-65.

6) الإحصائيات المتعلقة باكتئاب ما بعد الولادة الشديد والخفيف مأخوذة من:

Susan Nolen-Hoeksema's Sex Differences in Depression, pages 62-64.

7) يمكن العثور على إحصائية معدل تخليق السيروتونين في:

Simeon Margolis and Karen L. Swartz, «Sex Differences in Brain Serotonin Production,» The Johns Hopkins White Papers («1998): 14.

8) نوقشت مسألة الحرمان من الحقوق كمصدر لاكتئاب المرأة باستفاضة في عدد من الكتب والمنشورات، انظر:

Susan Nolen-Hoeksema's Sex Differences in Depression, Jill Astbury's Crazy for You, and Dana Crowley Jack's Silencing the Self.

9) توجد إحصائيات عن اكتئاب ما بعد الولادة لدى النساء المجهدات والمعرضات لضغوط في:

Susan Nolen-Hoeksema's Sex Differences in Depression, page 68

10) حول تكافؤ معدلات الاكتئاب بين الذكور والإناث من طلاب الجامعات، بالإضافة إلى التفسيرات المقترحة، انظر المرجع نفسه، 26-28.

11) الإحصائيات الإجمالية لمعدلات الاكتئاب بين الذكور والإناث موجودة في:

Myrna Weissman's «Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder,» Journal of the American Medical Association 276, no. 4 (1996),

مسألة أن النساء لديهن معدلات أعلى من اضطرابات الهلع واضطرابات الأكل بينما يعاني الرجال ارتفاع معدلات الإصابة بالتوحد، واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وإدمان الكحول، ناقشتها في مراسلات شخصية مع ستيفن هايمان.

12) المعلومات المتعلقة بطبيعة أنواع الحرمان التي يتعرض لها الإناث ليست مأخوذة حرفيًّا من أي مصدر واحد. لقد وصف العديد من المؤلفين وشرحوا هذه الظواهر المختلفة بطرق مختلفة. ليس المقصود من قائمتي أن تكون نهائية أو شاملة. بالنسبة إلى القارئ الذي يرغب في مزيد من التوضيحات المتعمقة لهذه الأفكار، أوصي بالأعمال التالية:

Nolen-Hoeksema's Sex Differences in Depression, Jill Astbury's Crazy for You, and Dana Crowley Jack's Silencing the Self.

13) يمكن العثور على التفسيرين النسويين للاكتئاب، بالإضافة إلى ملخصات مختلفة تتعلق بالعلاقة بين الاكتئاب والحالة الاجتماعية، في:

Susan Nolen-Hoeksema's Sex Differences in Depression, pages 96-101.

14) لقد قام براون أيضًا بالكثير من الأعمال المثيرة للاهتمام فيما يتعلق بـ «دور أحداث الحياة في بداية الاضطرابات الاكتئابية». وقد وجدت دراسات مختلفة أجراها هو وزملاؤه أن الإذلال والشعور بالحصار هما من العوامل الرئيسية لأحداث الاكتئاب لدى النساء. انظر:

«Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison, » Psychological Medicine 25 (1995).

أُبلِغ عن النتائج التي توصل إليها علماء آخرون حول أهمية الأدوار في تعريف الاكتئاب في العديد من المقالات. إن اعتبار اهتمام المرأة بنسلها حدثًا نموذجيًّا للاكتئاب يتوافق مع الأدوار التقليدية للجنسين. ولكن تذكر إحدى المقالات أنه: «عندما كان للرجل في الممارسة العملية أيضًا مشاركة كبيرة في الأدوار المنزلية، لم يحدث هذا الاختلاف بين الجنسين في البداية». للمزيد حول هذا الموضوع، انظر:

J. Y. Nazroo et al., «Gender differences in the onset of depression following a shared life event: A study of couples,» Psychological Medicine 27 (1997): 9.

15) نظريات ميرنا وايزمان التطورية حول الاكتئاب والنساء مأخوذة من مقابلة شفهية.

16) المعلومات المذكورة حول الاكتئاب بين البالغين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي في الصغر موجودة في:

Gemma Gladstone et al., «Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse,» American Journal of Psychiatry 156, no. 3 (1999): 431-37.

17) للحصول على معلومات حول فقدان الشهية والاكتئاب، انظر:

Christine Pollice et al., «Relationship of Depression, Anxiety, and Obsessionality to State of Illness in Anorexia Nervosa,» International Journal of Eating Disorders 21 (1997), and Kenneth Altshuler et al., «Anorexia Nervosa and Depression: A Dissenting View,» American Journal of Psychiatry 142, no. 3 (1985).

18) جاء وصف فرويد لدورا في مقالته «جزء من تحليل حالة هستيريا». انظر:

volume 7 of The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud.

للاطلاع على مناقشة نسوية لدورا، انظر:

Jill Astbury's Crazy for You, pages 109-32.

19) لمناقشة أفكار الأنوثة والاكتئاب، انظر:

Susan Nolen- Hoeksema's Sex Differences in Depression.

لمناقشة توقعات الأمومة واكتئاب ما بعد الولادة، انظر:

Taylor's Rock-A-By Baby, pages 35-58.

20) يمكن العثور على اقتباسات دانا كراولي جاك في كتابها إسكات الذات، الصفحات 32-48.

21) تحليل جيل أستبري موجود في كتابها «مجنون من أجلك».

22) المعدل المقارن للانتحار بين الذكور والإناث موجود في بحث إيريك ماركوس:

Eric Marcus's Why Suicide?

الذي يقول فيه: «من بين ما يقرب من ثلاثين ألف شخص ينهون حياتهم سنويًا، هناك أربعة وعشرون ألفًا من الرجال وستة آلاف من النساء» ص15.

23) يمكن العثور على مناقشة معدلات الاكتئاب لدى الرجال غير المتزوجين أو المطلقين أو الأرامل في:

Myrna Weissman et al., «Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder,» Journal of the American Medical Association 276, no. 4 (1996).

24) يمكن العثور على إحصائيات الاكتئاب بين الرجال اليهود في:

in Bruce Bower, «Depression: Rates in women, men... and stress effects across the sexes,» Science News,June 3, 1995, page 346.

25) تُوضَّح صفات الأطفال الذين يعانون من أم مكتئبة في:

Marian Radke-Yarrow et al., «Affective Interactions of Depressed and Nondepressed Mothers and Their Children,» Journal of Abnormal Child Psychology 21, no. 6 (1993). Also see Anne Riley's NIMH grant proposal entitled «Effects on children of treating maternal depression,» page 32.

26) يقدم بروس باور تقريرًا عن مجموعة متنوعة من الدراسات التي وجدت اكتئابًا لدى الرضع في عمر مبكر يصل إلى ثلاثة أشهر. انظر:

Bruce Bower's «Depressive aftermath for new mothers,» Science News,August 25, 1990

27) تبدو آثار اكتئاب الأم على صغارها فورية وخطيرة. كتبت تيفاني فيلد، الخبيرة في هذا المجال التي ظلت تنشر منشوراتها لأكثر من عقدين من الزمن، عن الاكتئاب الذي يكاد يوجد بين «حديثي الولادة»: «يُظهر الأطفال الرضع «خللًا في التنظيم» في سلوكهم، ووظائف الأعضاء، والكيمياء الحيوية، الذي ربما يكون مستمدًّا من تعرض أمهاتهم قبل الولادة لخلل كيميائي حيوي». انظر:

Tiffany Field, «Maternal Depression: Effects on Infants and Early Interventions,» Preventive Medicine 27 (1998).

ولسوء الحظ، يبدو أن هذه التأثيرات الخبيثة تستمر أيضًا. تصف نانسي آرون دراسة توبِع فيها أطفال الأمهات المكتئبات من عمر ثلاثة أشهر إلى ثلاث سنوات. وسبعة من الأطفال الثمانية الذين أظهروا عدم انتظام مخطط كهربية الدماغ عندما كانوا رُضعًا ما زالوا يظهرون هذا النمط من عدم التنظيم في عمر ثلاث سنوات. ومع ذلك، فقد أظهرت الدراسات أيضًا أنه حتى أبسط اهتمام وتفاعل من الأم يمكن أن يخفف الكثير من المشكلة. انظر:

Nancy Aaron Jones et al., «EEG Stability in Infants/Children of Depressed Mothers,» Child Psychiatry and Human Development 28, no. 2 (1997)

تدعي مارثا بيليز-نوغيراس أن التفاعل الهادئ والحميم للأم التي تلمس طفلها الرضيع يمكن أن يكون له آثار إيجابية جذرية على مزاج الرضيع وتنشئته الاجتماعية. انظر:

Martha Pelaez-Nogueras et al., «Depressed Mothers' Touching Increases Infants' Positive Affect and Attention in Still- Face Interaction,» Child Development 67 (1996).

28) البحث المتعلق بدراسة أطفال الأمهات المكتئبات بعد مرور عام تقريبًا على تحسن الأمهات هو:

Catherine Lee and Ian Gotlib's «Adjustment of Children of Depressed Mothers: A 10-Month Follow-Up,» Journal of Abnormal Psychology 100, no. 4 (1991).

29) المعلومات المتعلقة بمتابعة الضعف الاجتماعي، والاكتئاب، واضطرابات الهلع، والإدمان على الكحول لمدة عشر سنوات موجودة في:

Myrna Weissman et al., «Offspring of Depressed Parents,» Archives of General Psychiatry 54 (1997).

30) يمكن العثور على المقارنة بين الأطفال الذين لديهم أم مكتئبة والأطفال الذين لديهم أم مصابة بالفصام في:

Anne Riley's NIMH grant proposal entitled «Effects on children of treating maternal depression,» page 32.

31) مشكلات اضطراب نقص الانتباه، وقلق الانفصال، واضطراب السلوك، وزيادة الشكاوى الجسدية موصوفة في:

Leonard Milling and Barbara Martin's essay «Depression and Suicidal Behavior in Preadolescent Children» in Walker and Roberts's Handbook of Clinical Child Psychology, pages 319-39. Also see Dr. David Fassler and Lynne Dumas's monograph on childhood depression entitled Help Me, Vm Sad: Recognizing, Treating, and Preventing Childhood Depression.

32) عمل سامروف على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عامين وأربعة أعوام لأمهات مكتئبات موجود في:

Sameroff et al., «Early development of children at risk for emotional disorder,»Monographs of the Society for Research in Child Development 47, no. 7 (1982).

33) الدراسة حول ارتفاع ضغط الدم موجودة في:

A. C. Guyton et al., «Circulation: Overall regulation,» Annual Review of Physiology 34 (1972), edited by J.M. Luck and V. E. Hall.

34) الاكتئاب الاتكالي موضَّح في:

by Rene Spitz, «Anaclitic Depression,» Psychoanalytic Study of the Child 2 (1946). For a case example, see Rene Spitz et al., «Anaclitic Depression in an Infant Raised in an Institution,» Journal of the American Academy of Child Psychiatry 4, no. 4 (1965).

35) وصفي لـ «الفشل في النمو» مأخوذ من مقابلات شفهية مع بارامجيت تي جوشي في جامعة جونز هوبكنز وديبورا كريستي في وحدة طب المراهقين في جامعة كوليدج لندن ومستشفى ميدلسكس.

36) الدراسة التي توصلت إلى إحصائية 1% هي:

E. Poznanski et al.'s «Childhood depression: Clinical characteristics of overtly depressed children,» Archives of General Psychiatry 23 (1970). The study that came up with the 60 percent statistic is T. A. Petti's «Depression in hospitalized child psychiatry patients: Approaches to measuring depression,» Journal of the American Academy of Child Psychiatry 22 (1978).

37) الأرقام المتعلقة بانتحار الأطفال مأخوذة من:

Leonard Milling and Barbara Martin's essay «Depression and Suicidal Behavior in Preadolescent Children» in Walker and Roberts's Handbook of Clinical Child Psychology, page 328.

ووفقًا لإحصائيات عام 1997، من موقع المعهد الوطني للصحة النفسية على شبكة الإنترنت، كان الانتحار هو السبب الرئيسي الثالث للوفاة بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين العاشرة والرابعة عشرة.

38) يمكن العثور على وصف مسار الاكتئاب في حياة أولئك الذين أصيبوا بالاكتئاب في مرحلة الطفولة في:

Myrna Weissman et al., «Depressed Adolescents Grown Up,» Journal of the American Medical Association 281, no. 18 (1999), pages 1707-13.

39) فقط في عالم ما بعد فرويد طُرِحت العديد من الأسئلة المتعلقة باكتئاب الطفولة. وفي حين أن الاكتئاب في مرحلة الطفولة أصبح الآن موثقًا جيدًا كحقيقة سريرية، يبدو أن الأرقام تظهر خلال فترة المراهقة. كتبت ميرنا وايزمان تقول: «من الواضح الآن أن اضطراب الاكتئاب الشديد غالبًا ما يبدأ في مرحلة المراهقة». انظر:

Myrna Weissman et al. «Depressed Adolescents Grown Up,» Journal of the American Medical Association 281, no. 18 (1999).

إن إحصائية أن ما يقرب من 5% من المراهقين يعانون الاكتئاب هي إحصائية يُستَشهد بها كثيرًا. لقد أخذتها من:

Patricia Meisol's «The Dark Cloud,» published in the May1, 1999, edition of The Sun.

40) أوصي بشدة بمشاهدة مقطع الفيديو الذي يحمل عنوان «ليلًا ونهارًا: التعرف على اكتئاب المراهقين»، الذي أنتجته جمعية الاكتئاب والاضطرابات العاطفية ذات الصلة (DRADA) التي تعمل بالتعاون مع كلية الطب بجامعة جونز هوبكنز. إنه سجل بليغ وملهم لأنواع الاكتئاب التي تصيب المراهقين اليوم.

41) يمكن استنتاج أن الآباء يقللون من شأن اكتئاب أطفالهم من خلال عدد من الدراسات والإحصائيات. تشير إحدى هذه الإحصائيات إلى أن «57% من المراهقين الذين حاولوا الانتحار وُجِد أنهم يعانون اكتئابًا شديدًا. لكن 13% فقط من آبائهم اعتقدوا أن أبناءهم مصابون بالاكتئاب». انظر:

Howard Chua-Eoan, «How to Spot a Troubled Kid,» Time 153, no. 21 (1999).

42) إحصائية الأفكار الانتحارية بين طلاب المدارس الثانوية مأخوذة من:

George Colt's The Enigma of Suicide, page 39.

43) بدأ العمل الرائد الذي قامت به ميرنا وايزمان وآخرون في تسليط الضوء على الواقع السريري لاكتئاب الطفولة والمراهقين. فقد بدأ العديد من الباحثين في النظر إلى التأثيرات طويلة المدى للتشخيص المبكر. انظر:

Depressed Adolescents Grown Up,» coauthored by Weissman and published in The Journal of the American Medical Association 281, no. 18 (1999).

44) نوقِش العامل المستخدم لحساب العلاقة بين الاكتئاب في بداية الحياة والاكتئاب في مرحلة البلوغ في مقال إيريك فومبون:

Eric Fombonne's essay «Depressive Disorders: Time Trends and Possible Explanatory Mechanisms,» in Michael Rutter and David J. Smith's Psychosocial Disorders in Young People, page 573.

45) الرقم 70% مأخوذ من:

Leonard Milling and Barbara Martin's essay «Depression and Suicidal Behavior in Preadolescent Children,» in Walker and Roberts's Handbook of Clinical Child Psychology, page 325.

46) مسألة عدم فاعلية مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات للأطفال والمراهقين يمكن العثور عليها في:

N. D. Ryan et al., «Imipramine in adolescent major depression: Plasma level and clinical response,» Acta Psychiatrica Scandinavica 73 (1986).

هناك عدد أقل من الدراسات المتعلقة بمثبطات أوكسيداز أحادي الأمين واكتئاب الأطفال والمراهقين، ويرجع ذلك إلى حد كبير إلى أن هذه الأدوية، كما كتب كريستوفر كي ونيل رايان، «تتطلب حساسية عالية بشكل خاص للاندفاع والامتثال والنضج لدى المراهق المكتئب». انظر:

Christopher Kye and Neal Ryan write in «Pharmacologic Treatment of Child and Adolescent Depression,» Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 4, no. 2 (1995).

الفكرة العامة التي يتبناها معظم الأطباء اليوم يُلخصها بول أمبروسيني بشكل جيد، إذ يقول: إن الدراسات التي أجريت حتى الآن «يمكن أن تشير إلى أن الاضطرابات العاطفية بين الأطفال والمراهقين تمثل حالة بيولوجية مستقلة لها نمط استجابة مختلف للعلاج الدوائي». انظر:

Paul Ambrosini, «A review of the pharmacotherapy of major depression in children and adolescents,» Psychiatric Services 51, no.5 (2000).

47) نوقشت فكرة أن الاعتداء الجنسي يسبب الاكتئاب في:

Jill Astbury's Crazy for You, pages 159-91. Gemma Gladstone et al., «Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse,» American Journal of Psychiatry 156, no. 3 (1999)

48) سُرِدت قصة تبني دار الأيتام الروسية في:

Margaret Talbot, «Attachment Theory: The Ultimate Experiment,» New York Times Magazine, May 24, 1998.

49) مسألة عدم علاج كبار السن المكتئبين موجودة في عدد من المقالات والدراسات الأكاديمية والشعبية. تستكشف سارة ريمر الأسباب والعواقب المختلفة في مقال بعنوان «الفجوات التي تظهر في علاج الاكتئاب لدى كبار السن»، نيويورك تايمز، 5 سبتمبر 1999. في المقال، نُقل عن الدكتور إيرا كاتز، مدير الطب النفسي للمسنين في كلية الطب بجامعة بنسلفانيا، قوله: «من كل ستة مرضى من كبار السن الذين

يذهبون إلى عيادة طبيب الرعاية الأولية وهم يعانون درجة كبيرة من الاكتئاب، فإن واحدًا فقط منهم يحصل على العلاج المناسب».

يوضح جورج زوبينكو: «لقد لوحظ أن التعرف على الاكتئاب الشديد لدى كبار السن يعوقه أن المزاج المكتئب يبدو أقل وضوحًا لدى المرضى الأكبر سنًّا منه بين البالغين الأصغر سنًّا. علاوة على ذلك، فإن العبء المتزايد للاضطرابات الجسدية مع تقدم العمر يعقد عملية تشخيص للاكتئاب الشديد لدى كبار السن، انظر:

George Zubenko et al.'s «Impact of Acute Psychiatric Inpatient Treatment on Major Depression in Late Life and Prediction of Response,» American Journal of Psychiatry 151, no. 7 (1994).

50) تعليقات إميل كريبيلين على كبار السن المصابين بالاكتئاب موجودة في:

C. G. Gottfries et al., «Treatment of Depression in Elderly Patients with and without Dementia Disorders,» International Clinical Psychopharmacology, suppl. 6, no. 5 (1992).

51) للمزيد حول فكرة أن كبار السن في دور رعاية المسنين هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب بمرتين مقارنة بأولئك الذين يعيشون في مجتمعاتهم، انظر المرجع السابق.

52) للمزيد حول الزعم القائل بأن ثلث نزلاء دور رعاية المسنين يعانون الاكتئاب، انظر المرجع السابق.

53) حول الأبعاد الاجتماعية لاكتئاب كبار السن وأهمية وجود صديق جيد، انظر:

Judith Hays et al., «Social Correlates of the Dimensions of Depression in the Elderly,» Journal of Gerontology 53B, no.1 (1998).

54) مسألة أن مستويات الناقلات العصبية تكون منخفضة لدى كبار السن أُكِدت في:

C. G.

Gottfries et al., «Treatment of Depression in Elderly Patients with and without Dementia Disorders,» International Clinical Psychopharmacology, suppl. 6, no. 5 (1992).

55) للمزيد حول المستويات المقارنة للسيروتونين لدى كبار السن، انظر المرجع السابق.

56) إن تناقص السيروتونين من خلال الشيخوخة الطبيعية لا يكون بالضرورة له عواقب وخيمة فورية، وهو ما يقترحه عدد من الدراسات. تشير إحدى الدراسات إلى أن «الأهمية الوظيفية للتغيرات في السيروتونين في الدماغ (5HT) المرتبطة

بالشيخوخة الطبيعية في كل من الحيوانات والبشر غير معروفة إلى حد كبير». انظر:

B. A. Lawlor et al.'s «Evidence for a decline with age in behavioral responsivity to the serotonin agonist, m-chlorophenylpiperazine, in healthy human subjects,» Psychiatry Research 29, no. 1 (1989).

57) المعلومات المتعلقة بالاستجابة المتأخرة لمضادات الاكتئاب بين كبار السن موجودة في:

George Zubenko et al., «Impact of Acute Psychiatric Inpatient Treatment on Major Depression in Late Life and Prediction of Response,» American Journal of Psychiatry 151, no. 7 (1994).

58) للمزيد عن نسبة نجاح علاج الاكتئاب بين كبار السن، انظر المرجع السابق.

59) للمزيد عن العلاج في المستشفى على المدى القصير لكبار السن المصابين بالاكتئاب، انظر المرجع السابق.

60) يمكن العثور على وصف أعراض الاكتئاب لدى كبار السن في:

Diego de Leo and Rene F.W. Diekstra's Depression and Suicide in Late Life, pages 21-38.

61) يُستخدم مصطلح «السلس العاطفي» في:

Nathan Herrmann et al., «Behavioral Disorders in Demented Elderly Patients,» CNS Drugs 6, no. 4 (1996).

62) يمكن الاطلاع على مناقشة حول دور الاكتئاب في التنبؤ بألزهايمر والخرف في:

Myron Weiner et al., «Prevalence and Incidence of Major Depression in Alzheimer's Disease,» American Journal of Psychiatry 151, no. 7 (1994).

63) للمزيد حول مستويات السيروتونين لدى مرضى ألزهايمر، انظر المرجع السابق.

64) للمزيد حول ما إذا كانت مستويات السيروتونين المنخفضة قد تسبب الخرف، انظر:

Alan Cross et al., «Serotonin Receptor Changes in Dementia of the Alzheimer Type,» Journal of Neurochemistry 43 (1984), and Alan Cross, «Serotonin in Alzheimer-Type Dementia and Other Dementing Illnesses,» Annals of the New York Academy of Sciences 600 (1990).

65) للمزيد حول تأثير مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية على المهارات الفكرية والحركية، انظر:

C. G. Gottfries et al.,«Treatment of Depression in Elderly Patients with and without Dementia Disorders,» International Clinical Psychopharmacology, suppl. 6, no. 5 (1992).

66) مصدري عن الاستخدام طويل الأمد لجرعات منخفضة من مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية هو م. جاكلين هاريس، إذ تقول: «بشكل عام، يحتاج مرضى ألزهايمر الذين يعالجون الاكتئاب إلى جرعات أقل من الأدوية وتجارب علاج دوائية أطول من المرضى الأصغر سنًّا». انظر:

«Recognition and treatment of depression in Alzheimer's disease,» Geriatrics 44, no. 12 (1989).

67) وُصِف استخدام الترازودون والبنزوديازيبينات لعلاج الاكتئاب لدى كبار السن في:

Nathan Herrmann et al., «Behavioral Disorders in Demented Elderly Patients,» CNS Drugs 6, no. 4 (1996).

68) للمزيد حول اقتراح علاجات هرمونية للعدوانية الجنسية في مرض ألزهايمر، انظر المرجع السابق.

69) للاطلاع على المناقشة والإحصائيات المتعلقة بالاكتئاب والسكتة الدماغية، انظر:

Allan House et al., «Depression Associated with Stroke,» Journal of Neuropsychiatry 8, no. 4 (1996).

70) لمراجعة الأبحاث المتعلقة بالسكتات الدماغية في الفص الجبهي الأيسر، انظر المرجع السابق.

71) حكاية الرجل الباكي موجودة في:

Grethe Andersen, «Treatment of Uncontrolled Crying after Stroke,» Drugs & Aging 6, no. 2 (1995).

72) للاطلاع على حكاية الرجل الذي عاد إلى العمل، انظر المرجع السابق.

73) الاقتباس من كتاب مسافرون مجانين Mad Travellers مأخوذ من مقدمة الكتاب، الصفحات 1-5.

74) الاقتباس من كتاب ويلو يبكي من أجلي Willow Weep for Me موجود في الصفحات 18-19.

75) المجلة السنغافورية هي مجلة Brave، والمقال بقلم شون تان وظهر في الطبعة النهائية لعام 1999.

76) المقاطع المتعلقة باكتئاب المثليين مستمدة بشكل كبير من أعمال ريتشارد سي فريدمان وجينيفر داوني، انظر:

«Internalized Homophobia and the Negative Therapeutic Reaction,» Journal of the American Academy of Psychoanalysis 23, no. 1 (1995), and their «Internal Homophobia and Gender-Valued Self-Esteem in the Psychoanalysis of Gay Patients,» Psychoanalytic Review 86, no. 3 (1999).

77) دراسة عام 1999 للتوائم الذكور موجودة في:

R. Herrel et al., «Sexual Orientation and Suicidality: A Co-Twin Control Study in Adult Men,» Archives of General Psychiatry 56 (1999).

استخدم المؤلفون السجل الذي أُنشئ خلال حرب فيتنام وقارنوا بين أولئك الذين كانوا مغايرين جنسيًّا وأولئك الذين كان لديهم شركاء مثليون. وبالإضافة إلى المعدلات المروعة لمحاولات الانتحار، أشارت الدراسة إلى أنه في حين أن معدل التفكير الانتحاري بين الرجال المغايرين كان 25.5%، فإن المعدل بين المثليين كان 55.3%.

78) دراسة عام 2000 حول محاولات الانتحار لدى الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين سبعة عشر وتسعة وثلاثين عامًا أجراها كوكران ومايز، وقد شملت في الواقع 3648 مشاركًا اختيروا عشوائيًّا. انظر:

«Lifetime Prevalence of Suicide Symptoms and Affective Disorders among Men Reporting Same-Sex Sexual Partners: Results from NHANES III,» American Journal of Public Health 90, no. 4 (2000).

الباحثون أنفسهم، الذين استخدموا قاعدة بيانات مختلفة مكونة من 9908 مجموعة، نظروا في اضطرابات الهلع لدى الأشخاص الذين مارسوا الجنس فقط مع أفراد من الجنس الآخر وأولئك الذين كان لديهم شركاء من الجنس نفسه خلال العام السابق. انظر:

«Relation between Psychiatric Syndromes and Behaviorally Defined Sexual Orientation in a Sample of the U.S. Population,» American Journal of Epidemiology 151, no. 5 (2000).

79) الدراسة النيوزيلندية، التي طلبت من الأشخاص التعليق على ميولهم الجنسية وعلاقاتهم الجنسية من سن السادسة عشرة فصاعدًا، وأظهرت عوامل الخطر للعديد من الشكاوى هي:

D.M. Fergusson, et al., «Is Sexual Orientation Related to Mental Health Problems and Suicidality in Young People? » Archives of General Psychiatry 56, no. 10 (1999)

80) الدراسة الهولندية التي أجريت في عام 1999 شملت 5998 مشاركًا، وفيها شوهد أن كلًّا من الرجال والنساء المثليين لديهم تشخيص نفسي واحد على الأقل في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية أكثر من المغايرين جنسيًّا. وكان لدى الرجال المثليين معدلات متزايدة من الاكتئاب والقلق حاليًّا ومستقبلًا؛ وكان لدى النساء المثليات معدل انتشار أعلى للاكتئاب الشديد والإدمان على المخدرات والكحول. انظر:

T. G.Sandfort, et al., «Same-Sex Sexual Behavior and Psychiatric Disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS),» Archives of General Psychiatry 58, no.1 (2001).

81) شملت دراسة الشباب في ولاية مينيسوتا 36254 طالبًا من الصف السابع إلى الثاني عشر. انظر:

G. Remafedi, et al., «The Relationship between Suicide Risk and Sexual Orientation: Results of a Population-Based Study,» American Journal of Public Health 88, no. 1 (1998).

ولم تُشِر الدراسة إلى وجود اختلاف في التفكير في الانتحار بين الفتيات المثليات المغايرات، لكنها أظهرت أنه في حين أن معدل التفكير الانتحاري لدى الذكور المغايرين هو 4.2%، فإن المعدل لدى الذكور المثليين هو 28.1%.

82) الدراسة التي أظهرت أن الذكور المثليين جنسيًّا كانوا أكثر عرضة للقيام بمحاولة انتحار بمقدار 6.5 مرة مقارنة بالذكور المغايرين جنسيًّا، يمكن العثور عليها في:

R. Garofalo, et al., «Sexual Orientation and Risk of Suicide Attempts among a Representative Sample of Youth,» Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 153 (1999).

83) الدراسة التي أظهرت أن 7.3% من المثليين جنسيًّا قاموا بأربع محاولات انتحار أو أكثر مقابل 1% لدي المغايرين جنسيًّا، شملت 1563 شخصًا. أظهر الطلاب المثليون ومزدوجو التوجه الجنسي في هذه الدراسة أفكارًا انتحارية أكثر من الطلاب المغايرين جنسيًّا. حاول 12% من المثليين جنسيًّا الانتحار مقابل 2.3% من المغايرين جنسيًّا، وقام 7.7% من المثليين جنسيًّا بمحاولة انتحار تتطلب رعاية طبية في الأشهر الاثني عشر السابقة مقابل 1.3% من الشباب المغايرين جنسيًّا. انظر:

the study by A. H. Faulkner and K. Cranston, «Correlates of Same-Sex Sexual Behavior in a Random Sample of Massachusetts High School Students,» American Journal of Public Health 88, no. 2 (1998).

وأظهرت الدراسة أن الطلاب المثليين كانوا أكثر عرضة لخطر الإصابة والمرض والوفاة بسبب العنف وتعاطي المخدرات والسلوك الانتحاري.

84) معلومة أن 10% من حالات الانتحار في مقاطعة سان دييجو ارتكبها رجال مثليون موجودة في:

C. L. Rich et al., «San Diego Suicide Study I: Young vs. Old Subjects,» Archives of General Psychiatry 43, no. 6 (1986).

85) الأعمال التي تتناول التنشئة الاجتماعية للرجال المثليين وتنشئة الأطفال في بيئات معادية للمثليين والإدماج المبكر للمواقف المعادية للمثليين موجودة في:

A. K. Maylon, «Biphasic aspects of homosexual identity formation,» Psychotherapy: Theory, Research and Practice 19 (1982).

86) الدراسة التي تُظهر أن الطلاب المثليين من المحتمل أن تُسرَق ممتلكاتهم أو تُتلَف عمدًا موجودة في:

R. Garofalo et al., «The Association between Health Risk Behaviors and Sexual Orientation among a School-Based Sample of Adolescents,» Pediatrics 101 (1998).

ووجد الباحثون أن المثليين جنسيًّا كانوا أيضًا أكثر عرضة للانخراط في تعاطي المخدرات المتعددة، والسلوكيات الجنسية المتهورة، وغيرها من السلوكيات عالية الخطورة.

87) حقيقة أن معدلات الانتحار كانت مرتفعة بشكل خاص بين اليهود في برلين بين الحربين نُشرت في:

Charlotte Salomon: Life? Or Theatre? on page 10

على الرغم من أنه قُدِّم عرض أكثر شمولًا للأمر في اللوحات النصية التي عُلقت كجزء من معرض أعمال سالومون الرائعة في المتحف اليهودي في أوائل عام 2001. أشكر جيني ليفينجستون لتوجيهي نحو هذه المادة، ولاقتراح العلاقة بين هذا الميل اليهودي للانتحار في ألمانيا ما قبل النازية والميل الانتحاري للمثليين في أمريكا.

88) استبيان نيويوركر حول تفضيل الآباء للأبناء المغايرين غير السعداء على المثليين السعداء موجود في:

in Hendrik Hertzberg, «The Narcissus Survey,» The New Yorker, January 5, 1998.

89) يقدم كتاب جان مالوري «آخر ملوك ثول» وصفًا مثيرًا وعاطفيًّا بشكل خاص لحياة الإنويت التقليدية في جرينلاند على الرغم من تعرضه للكثير من الانتقادات في السنوات الأخيرة.

90) نُشر معدل الانتحار في جرينلاند في:

Tine Curtis and Peter Bjerregaard's Health Research in Greenland, page 31.

91) اقتباس ألفاريز مأخوذ من:

A. Alvarez's A Savage God, page 103

92) تأتي أوصاف الهستيريا القطبية ومتلازمة هائم الجبال والقلق من قوارب الكاياك من:

Inge Lynge, «Mental Disorders in Greenland,» Man & Society 21 (1997). I must thank John Hart for providing the parallel to «running amok.»

93) اقتباس مالوري هنا مأخوذ من كتاب «آخر ملوك ثول»، ص109.

الفصل السادس: الإدمان

1) معلومة أن هناك نحو خمسًا وعشرين مادة شائعة للتعاطي مأخوذة من موقع الويب الخاص بالمعهد الوطني لتعاطي المخدرات:

www.nida.nih.gov/DrugsofAbuse.

2) وُصِفت آلية المراحل الثلاث لمواد التعاطي في:

David McDowell and Henry Spitz's Substance Abuse, page 19.

3) يقدم بيتر ويبرو ملخصًا موجزًا للتفاعلات بين الكوكايين والدوبامين في:

A Mood Apart, page 213

4) يمكن العثور على الدراسات المتعلقة بالمورفين والدوبامين في:

Marc Galanter and Herbert Kleber's Textbook of Substance Abuse Treatment, pages 11-19.

5) للمزيد عن تأثير الكحول على السيروتونين، انظر المرجع السابق.

6) مسألة أن مستويات الناقل العصبي إنكيفالين تتأثر بالعديد من المواد المخدرة موجودة في:

Craig Lambert, «Deep Cravings,» Harvard Magazine 102, no. 4 (2000).

7) يمكن الاطلاع على شرح كيفية استجابة الدماغ للمستويات المتزايدة من الدوبامين في:

Nora Volkow, «Imaging studies on the role of dopamine in cocaine reinforcement and addiction in humans,» Journal of Psycbopharmacology 13, no. 4 (1999).

8) نوقِشت ديناميكيات المواد المسببة للإدمان بشيء من التفصيل في:

Nora Volkow et al., «Addiction, a Disease of Compulsion and Drive: Involvement of the Orbitofrontal Cortex,» Cerebral Cortex 10 (2000).

9) الإحصائيات الخاصة بنسب الإدمان على مواد معينة مأخوذة من:

James Anthony et al., «Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey,» Experimental and Clinical Psycbopharmacology 2, no. 3 (1994).

10) يمكن العثور على دراسات بشأن المخدرات والحاجز الدموي الدماغي في:

David McDowell and Henry Spitz's Substance Abuse, pages 22-24.

11) عدد السنوات التي يستغرقها تكوين الاعتماد على الكحول والكوكايين مذكور في:

H. D. Abraham et al., «Order of onset of substance abuse and depression in a sample of depressed outpatients,» Comprehensive Psychiatry 40, no. 1 (1999).

12) أُجريت فحوصات التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET) التي أظهرت تعافيًا محدودًا حتى في فترة الأشهر الثلاثة بواسطة الدكتورة نورا فولكو. انظر:

«Long-Term Frontal Brain Metabolic Changes in Cocaine Abusers,» Synapse 11 (1992). That chronic drug use has persistent neurological consequences is illustrated in Alvaro Pascual-Leone et al., «Cerebral atrophy in habitual cocaine abusers: A planimetric CT study,» Neurology 41 (1991), and Roy Mathew and William Wilson, «Substance Abuse and Cerebral Blood Flow,» American Journal of Psychiatry 148, no.3 (1991). For information regarding cognitive impairment, including deficits in memory, attention, and abstraction, see Alfredo Ardila et al., «Neuropsychological Deficits in Chronic Cocaine Abusers,» International Journal of Neuroscience 57 (1991), and William Beatty et al.,

«Neuropsychological performance of recently abstinent alcoholics and cocaine abusers,» Drug and Alcohol Dependence 37 (1995).

13) يقدم مايكل تشارنس مراجعة شاملة للأسباب المتعددة للتضررات التي تحدث لدى مدمني الكحول، انظر:

«Brain Lesions in Alcoholics,» Alcoholism: Clinical and Experimental Research 17, no. 1 (1993).

14) للحصول على عرض أكثر عمومية للكحول وتلف الدماغ، انظر:

Marcia Barinaga, «A New Clue to How Alcohol Damages Brains,» Science, February 11, 2000.

15) يمكن العثور على وصف لاستخدام مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية لإبعاد مدمني الكحول عن الكحول في:

David McDowell and Henry Spitz's Substance Abuse, page 220.

16) لقد اعتُبِرت زيادة فترة حركة العين السريعة (REM) منذ فترة طويلة علامة مميزة للاكتئاب. انظر:

Francis Mondimore's Depression: The Mood Disease, pages 174-78

17) المعلومة المتعلقة بإدمان الكحول والاكتئاب في وقت مبكر مأخوذة من:

Mark Gold and Andrew Slaby's Dual Diagnosis in Substance Abuse, pages 7-10.

18) للمزيد حول اختبارات تشخيص الاكتئاب الأساسي مقابل الاكتئاب الثانوي، انظر المرجع السابق.

19) الأرقام الخاصة بنسبة مرضى الاكتئاب الذين يعانون إدمان الكحول الثانوي والعكس مأخوذة من:

Barbara Powell et al., «Primary and Secondary Depression in Alcoholic Men: An Important Distinction?» Journal of Clinical Psychiatry 48, no. 3 (1987). For more on this complicated topic, see Bridget Grant et al., «The Relationship between DSM-IV Alcohol Use Disorders and DSM-IV Major Depression: Examination of the Primary- Secondary Distinction in a General Population Sample,» Journal of Affective Disorders 38 (1996).

20) مسألة أن تعاطي المخدرات غالبًا ما يبدأ في مرحلة المراهقة، نوقشت في:

Boris Segal and Jacqueline Stewart, «Substance Use and Abuse in Adolescence: An Overview,» Child Psychiatry and Human Development 26, no. 4 (1996).

يقول المؤلفون: «عند النظر إلى العوامل المتعلقة بانتشار المخدرات، من المهم أن ندرك أن مرحلة المراهقة هي المرحلة الرئيسية التي يكون فيها الناس أكثر عرضة لخطر تجربة المخدرات، سواء كانت قانونية أو غير قانونية. أولئك الذين لم يجربوا أي نوع من المخدرات، سواء كانت قانونية أو غير قانونية، بحلول الوقت الذي يبلغون فيه الحادية والعشرين، من غير المرجح أن يبدؤوا في القيام بذلك لاحقًا». يمكن العثور على هذه المعلومات في الصفحة 196.

21) مسألة أن متعاطي المخدرات هم أكثر عرضة للانتكاس عندما يكونون مكتئبين مأخوذة من:

Mark Gold and Andrew Slaby's Dual Diagnosis in Substance Abuse.

22) آراء ماير المقتبسة هنا تأتي من:

Psychopathology and Addictive Disorder, pages 3-16.

23) إن تراجع أعراض الفصام الواضحة (جنون العظمة، والأوهام، والهلوسة، وما إلى ذلك) لدى المرضى الذين يعانون الاكتئاب ومشكلات تعاطي المنشطات يرتبط بحقيقة أن الهوس يمكن أن يحدث في كثير من الأحيان بسبب وفرة الدوبامين. قد يساعد الامتناع عن استخدام المنشطات في التحكم في نشاط الدوبامين المفرط. لمعرفة المزيد عن العلاقات بين المنشطات والهوس والذهان، انظر:

Robert Post et al., «Cocaine, Kindling, and Psychosis,» American Journal of Psychiatry 133, no. 6 (1976), and John Griffith et al., «Dextroamphetamine: Evaluation of Psychomimetic Properties in Man,» Archives of General Psychiatry 26 (1972).

24) يمكن الاطلاع على عرض لشدة كل مرض في حالات التشخيص المزدوج في:

Mark Gold and Andrew Slaby's Dual Diagnosis in Substance Abuse.

25) حول التأثيرات المسببة للاكتئاب الناتجة عن الانسحاب من الكوكايين والمهدئات والمنومات، انظر المرجع السابق.

26) للاطلاع على ملخص لقدرة المواد الإدمانية، وبخاصة الكحول، على مفاقمة الرغبة في الانتحار، انظر:

Ghadirian and Lehmann's Environment and Psychopathology, page 112.

27) يمكن استنتاج أن الاكتئاب غالبًا ما يتحسن بسبب الامتناع عن تعاطي المخدرات من خلال عدد من الدراسات. انظر:

Mark Gold and Andrew Slaby's Dual Diagnosis in Substance Abuse.

28) في الواقع، يؤدي الكحول إلى امتصاص جميع الأدوية بسرعة أكبر؛ ومن المبادئ الأساسية للعلاج المضاد للاكتئاب أن سرعة الامتصاص تؤدي إلى تفاقم الآثار الجانبية.

29) نُشرت ملاحظة هوارد شافير البليغة حول إدمان النرد في:

Craig Lambert, «Deep Cravings,» Harvard Magazine 102, no. 4 (2000).

30) للمزيد حول مستويات الإندورفين وتعاطي الكحول، انظر:

J. C. Aguirre et al., «Plasma Beta-Endorphin Levels in Chronic Alcoholics,» Alcohol 7, no. 5 (1990).

31) الأصول الأربعة للإدمان مأخوذة من:

David McDowell and Henry Spitz's Substance Abuse.

32) ناقشت الإحصائيات الخاصة بشرب الكحول في أيرلندا وإسرائيل في مقابلة شفهية مع الدكتور هربرت كليبر، في 9 مارس 2000.

33) اقتباس إليوت مأخوذ من:

Gerontion,» in The Complete Poems and Plays, page 22.

34) هذه الملاحظات على الاستبدال تأتي من:

Mark Gold and Andrew Slaby's Dual Diagnosis in Substance Abuse, page 199.

35) قصة الفلفل الحار الذي يوضع في عين الفيل مأخوذة من سو ماكارتني سناب، التي أمضت الكثير من الوقت في نيبال وأجرت مقابلات مع العديد ممن يرعون الفيلة.

36) للمزيد حول انخفاض الأوكسجين في الدم لدى المدخنين، انظر:

Marc Galanter and Herbert Kleber's Textbook of Substance Abuse Treatment, page 216.

37) للمزيد حول التدخين والسيروتونين، انظر:

Gilbert's Smoking, pages 49-59.

38) للحصول على وصف أشمل لحياتي مع الفنانين الروس، انظر:

Irony Tower: Soviet Artists in a Time of Glasnost.

39) مسألة أن الأساس المنطقي وراء فرض الضرائب على الكحول في الدول الاسكندنافية يشمل فوائد الحد من الانتحار ناقشتها مع هاكان ليفمان وماتس رامستيدت من المعهد السويدي للبحوث الاجتماعية حول الكحول والمخدرات (SoRAD). للمزيد من المعلومات حول العلاقة بين استهلاك الكحول والانتحار، انظر:

George Murphy, Suicide in Alcoholism, and I. Rossow, «Alcohol and suicide—beyond the link at the individual level,» Addiction 91 (1996).

40) حول إدمان الكحول الخطير والضعف الإدراكي، انظر:

David McDowell and Henry Spitz's Substance Abuse, pages 45-46.

41) لمعرفة تأثيرات الكحول السامة على الكبد والمعدة وجهاز المناعة، انظر المرجع السابق.

42) مسألة أن معدل الوفيات بين مدمني الكحول أعلى منه بين غير المدمنين على الكحول مذكورة في:

Donald Goodwin's Alcoholism, the Facts, page 52.

43) الإحصائية التي تفيد بأن 90% من الأمريكيين يتعاطون الكحول والأرقام الخاصة بالإدمان الفسيولوجي للكحول في الولايات المتحدة مأخوذة من:

David McDowell and Henry Spitz's Substance Abuse, pages 41-42.

44) نوقِش دور السيروتونين والكورتيزول في مقاومة استهلاك الكحول في:

Marc Galanter and Herbert Kleber's Textbook of Substance Abuse Treatment, pages 6-7 and 130-31.

45) المعلومات المتعلقة بمستقبلات جابا أخذتها من المراسلات الشخصية مع ستيفن هايمان وديفيد ماكدويل. للحصول على مناقشة متعمقة حول الكحول، وجابا، والناقلات العصبية الأخرى في الدماغ، انظر:

Marc Galanter and Herbert Kleber's Textbook of Substance Abuse Treatment, pages 3-8. Work on serotonin's reinforcing alcohol consumption is in R. J. M. Niesink et al.'s Drugs of Abuse and Addiction, pages 134-37.

46) يبدو تفوق العلاجات الديناميكية النفسية لمرضى التشخيص المزدوج واقعًا طبيًّا أكثر من كونه حقيقة مدروسة جيدًا. لقد تبنى معظم الأطباء الذين تحدثت معهم اعتقادًا مفاده أنه من أجل التعافي الحقيقي، يجب على مريض التشخيص المزدوج أن يفهم كيف يؤثر الإدمان على الاكتئاب والعكس صحيح.

47) لقد نُشر الكثير بشأن عقار أنتابيوز (ديسلفيرام). للحصول على وصف تفصيلي لطريقة عمله، انظر:

David McDowell and Henry Spitz's Substance Abuse, pages 217-19.

48) للمزيد حول استخدام النالتريكسون للانسحاب من الكحول والهيروين، انظر المرجع السابق.

49) للحصول على معلومات عن تاريخ الماريجوانا، انظر المرجع السابق.

50) نوقِشت المشكلات التي تسببها الماريجوانا للرئة في:

Marc Galanter and Herbert Kleber's Textbook of Substance Abuse Treatment, pages 172-73.

51) للمزيد عن الاكتئاب في أُسر متعاطي المنشطات، انظر:

Mark Gold and Andrew Slaby's Dual Diagnosis in Substance Abuse, page 18.

52) النسبة المئوية لمستخدمي الكوكايين الذين أصبحوا مدمنين مأخوذة من:

David McDowell and Henry Spitz's Substance Abuse, page 93

53) للمزيد حول فئران التجارب التي تُفضل المنشطات على الطعام والجنس، انظر:

R. A. Yokel et al., «Amphetamine-type reinforcement by dopaminergic agonists in the rat,» Psychopharmacology 58 (1978).

كانت هناك أيضًا العديد من الدراسات التي أجريت على قرود الريسوس، وكانت لها النتائج نفسها. انظر على سبيل المثال:

T. G. Aigner et al., «Choice behavior in rhesus monkeys: Cocaine versus food,» Science 201 (1978).

54) تُشرَح الفيزيولوجيا العصبية لنوبة الكوكايين في:

Mark Gold and Andrew Slaby's Dual Diagnosis in Substance Abuse, pages 109-10

55) وُصِفت التأثيرات العامة للأمفيتامينات والكوكايين على الناقلات العصبية في:

R. J. M. Niesink et al.'s Drugs of Abuse and Addiction, pages 159-65.

56) معلومة أن هذه الرغبة الشديدة يمكن أن تستمر لعقود من الزمن مُشار إليها في:

Mark Gold and Andrew Slaby's Dual Diagnosis in Substance Abuse, page 110.

57) استخدام دورة علاجية لمدة عشرة أسابيع من مضادات الاكتئاب لتحمل آثار الانسحاب من الإدمان موصوفة في:

Bruce Rounsaville et al., «Psychiatric Diagnoses of Treatment- Seeking Cocaine Abusers,» Archives of General Psychiatry 48 (1991).

58) وصِف التأثير الدائم للأمفيتامينات والكوكايين على نظام الدوبامين في:

Mark Gold and Andrew Slaby's Dual Diagnosis in Substance Abuse, page 110

يقول المؤلفان:

«لقد وثقت الدراسات التي أُجريت على الحيوانات تنكُّس الخلايا العصبية الدوبامينية العرضي مع التناول المزمن للمنشطات».

59) للمزيد حول الكوكايين وعامل إطلاق الكورتيكوتروبين، انظر:

Thomas Kosten et al., «Depression and Stimulant Dependence,» Journal of Nervous and Mental Disease 186, no. 12 (1998).

60) الأرقام المتعلقة بالاكتئاب بين متعاطي المواد الأفيونية تأتي من:

Ghadirian and Lehmann's Environment and Psychopathology, pages 110-11

61) ذكِر ارتفاع معدل الاكتئاب بين الأشخاص الذين يتناولون الميثادون في:

Mark Gold and Andrew Slaby's Dual Diagnosis in Substance Abuse, page 110.

62) الإحصائيات المتعلقة بقدامى المحاربين في فيتنام وإدمان الهيروين موجودة في:

Craig Lambert, «Deep Cravings,» Harvard Magazine 102, no. 4 (2000): 67.

63) لخِّصت الدراسات المتعلقة بمحاور السيروتونين وعقار الإكستاسي في:

R. J.M. Niesink et al., Drugs of Abuse and Addiction, pages 164-65.

64) مسألة أن الإكستاسي يقلل من مستويات السيروتونين بنسبة 30 إلى 35 بالمائة موجودة في:

U. McCann et al., «Serotonin Neurotoxicity after 3,4-Methylenedioxymethamphetamine: A Controlled Study in Humans,» Neuropsychopharmacology 10 (1994). For more on ecstasy and the monoamines, see S. R. White et al., «The Effects of Methylenedioxymethamphetamine on Monoaminergic Neurotransmission in the Central Nervous System,» Progress in Neurobiology 49 (1996). For a lively and varied discussion of ecstasy and neurotoxicity, see J. J. D. Turner and A. C. Parrott, « 'Is MDMA a Human Neurotoxin?': Diverse Views from the Discussants,» Neuropsychobiology 42 (2000).

65) اعتمدت في مناقشتي للبنزوديازيبينات، على عمل الدكتور ريتشارد فريدمان من جامعة كورنيل، وعلى وجه الخصوص على المقابلات الشفهية التي أجريت معه في ربيع عام 2000.

66) نوقِشت مخاطر الإفراط في تناول البنزوديازيبينات في:

Mark Gold and Andrew Slaby's Dual Diagnosis in Substance Abuse, pages 20-21.

67) للحصول على وصف أكمل لـ «مخدرات الاغتصاب»، انظر:

David McDowell and Henry Spitz's Substance Abuse, pages 65-66.

68) نوقِشت أصول الهيروين مع شركة باير في:

Craig Lambert, «Deep Cravings,» Harvard Magazine 102, no. 4 (2000) : 60.

69) يقدم ديفيد ماكدويل وهنري سبيتز تاريخًا قصيرًا لعقار الإكستاسي، انظر:

David McDowell and Henry Spitz's Substance Abuse provides, pages 59-60.

70) للاطلاع على مقال مايكل بولان:

«A Very Fine Line,» New York Times Magazine,September 12, 1999

71) اكتشِفت ملاحظة كيث ريتشاردز في كتاب ديف هيكي الرائع «الجيتار الخيالي Air Guitar. أشكر ستيفن بيترولف الرائع لمشاركتها معي.

الفصل السابع: الانتحار

1) إن فكرة عدم وجود علاقة سببية واضحة بين الاكتئاب والانتحار في كثير من الأحيان، مأخوذة من عدد من المؤلفين على دراية بكلتا الظاهرتين. وكما كتب جورج كولت في كتابه «لغز الانتحار The Enigma of Suicide»، لم يعد يُنظر إلى الانتحار على أنه «المحطة الأخيرة للاكتئاب». ص43.

2) اقتباس جورج كولت مأخوذ من المرجع السابق نفسه، ص312.

3) مسألة أن ما يزيد على 40% من عامة الناس الذين انتحروا قد تلقوا رعاية نفسية كنزلاء في المستشفيات مأخوذة من:

Jane Pirkis and Philip Burgess, «Suicide and recency of health care contacts: A systematic review,» British Journal of Psychiatry 173 (1998): 463.

4) ملاحظة أ. ألفاريز حول محاولات استئصال الألم مأخوذة من:

A. Alvarez's, The Savage God, page 96.

5) تلك العبارات الشهيرة من هاملت موجودة في الفصل الثالث من المسرحية. بالطبع لا يوجد تفسير واحد وواضح لهذا الخطاب من هاملت. أود أن أحيل القراء إلى كتاب سي إس لويس «دراسات في الكلمات»، على سبيل المثال، الذي يخصص فيه فصلًا

كاملًا للعلاقة بين «الضمير» و«الوعي». وأود أيضًا أن أشير إلى التفسير الرائع الذي قدمه هارولد بلوم في كتابه «شكسبير: اختراع الإنسان».

6) فكرة أن الانتحار هو المشكلة الفلسفية الوحيدة لألبير كامو موجودة في:

Myth of Sisyphus and Other Essays, page 3.

7) تصريحات شوبنهاور مأخوذة من مقالته «عن الانتحار» في الأعمال الكاملة لشوبنهاور، ص437.

8) عبارة سانتايانا مأخوذة من:

Glen Evans's The Encyclopedia of Suicide, page ii.

9) ملاحظة فرويد حول عدم وجود طريقة للتعامل مع الانتحار مأخوذة من خطاب ألقاه في اجتماع لجمعية التحليل النفسي في فيينا حول موضوع الانتحار، في 20 و27 أبريل 1910. وقد أخذتها من:

Litman's essay «Sigmund Freud on Suicide,» in Essays in Self-Destruction, edited by Edwin Shneidman, page 330.

10) تحدث ألبير كامو عن عدم منطق تأجيل الموت في:

The Myth of Sisyphus and Other Essays, page 3.

11) اقتباس بليني مأخوذ من:

The Works of Schopenhauer, page 433.

12) هذه العبارات موجودة في:

John Donne's Biathanatos, page 39.

13) اقتباس شوبنهاور موجود في:

Essays and Aphorisms, page 78.

14) قتباسات توماس ساز مأخوذة من:

Second Sin, page 67.

15) دراسة هارفارد مذكورة في:

Herbert Hendin's Suicide in America, page 216.

16) اقتباس إدوين شنيدمان مأخوذ من:

The Suicidal Mind, pages 58-59.

17) تصريح إدوين شنيدمان حول الحق في التجشؤ مقتبس من:

George Colt's The Enigma of Suicide, page 341.

18) حُسِبت معلومة أن شخصًا ما ينتحر كل سبع عشرة دقيقة باستخدام إحصائيات العدد الإجمالي لحالات الانتحار سنويًّا، المقدمة من المعهد الوطني للصحة النفسية (31,000 حالة في عام 1996). الحساب: عدد الدقائق في السنة يساوي 524,160 دقيقة، إذا قسمناه على 31,000 حالة انتحار سنويًّا ينتج انتحار واحد كل 16.9 دقيقة.

19) معلومة أن الانتحار يحتل المرتبة الثالثة بين أسباب وفاة الشباب مأخوذة من إحصاءات موقع المعهد الوطني للصحة النفسية على شبكة الإنترنت (إحصائيات عام 1996). مسألة أن الانتحار يحتل المرتبة الثانية بين طلاب الجامعات مأخوذة من:

Kay Jamison's Night Falls Fast, page 21.

الإحصائيات المقارنة حول الانتحار ومرض الإيدز وأرقام العلاج في المستشفيات المرتبطة بمحاولات الانتحار مأخوذة من:

Kay Jamison's Night Falls Fast, pages 23 and 24 respectively.

20) إحصائية منظمة الصحة العالمية حول الانتحار مستمدة من تقرير الصحة العالمية، 1999. الدراسة التي وجدت أن الانتحار قد زاد بنسبة 260 بالمائة داخل منطقة جغرافية ما هي:

U. Asgard et al., «Birth Cohort Analysis of Changing Suicide Risk by Sex and Age in Sweden 1952 to 1981,» Acta Psychiatrica Scandinavica 76 (1987).

21) إحصائيات الانتحار والهوس الاكتئابي والانتحار والاكتئاب الشديد مأخوذة من:

Kay Jamison's Night Falls Fast, page 110

22) العلاقة بين الانتحار والنوبة الأولى موجودة في:

M. Oquendo et ah, «Suicide: Risk Factors and Prevention in Refractory Major Depression,» Depression and Anxiety 5 (1997): 203.

23) الأرقام المتعلقة بمحاولات الانتحار وحالات الانتحار الفعلية موجودة في:

George Colt's The Enigma of Suicide, page 311.

24) الوثيقة التي تحتوي على إحصائيات متضاربة ظاهريًّا هي كتاب «الاكتئاب» لآرون بيك. في الصفحة 57، في دراسة استقصائية لأبحاث الانتحار، يستشهد بيك بدراستين تدعيان نتائج مختلفة جذريًّا. نتائج الدراسة الأولى «تشير إلى أن خطر الانتحار لدى مريض الاكتئاب الذي يدخل المستشفى لتلقي الرعاية العلاجية يبلغ

نحو خمسمائة ضعف المعدل العادي». وجاء في الدراسة الثانية: «وبالتالي فإن معدل الانتحار لدى مرضى الاكتئاب كان خمسة وعشرين ضعف المعدل المتوقع...».

25) إن موقف المعهد الوطني للصحة النفسية الذي يقول «أظهرت الأبحاث أن 90% من الأشخاص الذين ينتحرون يعانون الاكتئاب أو أي اضطراب نفسي آخر أو يتعاطون المخدرات» موجود على موقعهم على الإنترنت، انظر:

www.nimh.nih.gov/publicat/harmaway.cfm.

26) معلومة أن يومَي الاثنين والجمعة لديهما أعلى معدل للانتحار مذكورة في:

Eric Marcus's Why Suicide? page 23.

27) معدل الانتحار حسب ساعات اليوم موجود في:

M. Gallerani et al., «The Time for Suicide,» Psychological Medicine 26 (1996).

28) معلومة زيادة حالات الانتحار خلال فصل الربيع مذكورة في:

David Lester's Making Sense of Suicide, page 153.

29) معلومة أن النساء لديهن معدل انتحار أعلى خلال الأسبوع الأول (مرحلة الحيض) من الدورة الشهرية نوقشت في:

Richard Wetzel and James McClure Jr., «Suicide and the Menstrual Cycle: A Review,» Comprehensive Psychiatry 13, no. 4 (1972)

كما يستعرض المؤلفون الدراسات التي تشير إلى ارتفاع معدلات محاولات الانتحار خلال الأسبوع الأخير (المرحلة الأصفرية) من الدورة الشهرية. ومع ذلك، هناك جدل حول السلامة المنهجية للعديد من هذه الدراسات. للاطلاع على مراجعة نقدية للأدبيات، انظر:

Enrique Baca- Garcia et al., «The Relationship Between Menstrual Cycle Phases and Suicide Attempts,» Psychosomatic Medicine 62 (2000)

للمزيد حول تأثير الحمل والولادة على انتحار الأم، انظر:

E. C. Harris and Brian Barraclough, «Suicide as an Outcome for Medical Disorders,» Medicine 73 (1994) .

30) نُشر كتاب إميل دوركهايم الحاسم عام 1897 تحت عنوان «الانتحار». مناقشتي لتصنيفات دوركايم مأخوذة من:

Steve Taylor's Durkheim and the Study of Suicide

31) اقتباس تشارلز بوكوفسكي حصلت عليه من لوحة إعلانية في شارع سانسيت. لم أتمكن من العثور على موقعه الدقيق ضمن أعماله. ولا أوصي بالقيادة في شارع سانسيت في أثناء ساعة الذروة لتحديد موقع هذا المرجع!

32) اقتباس أليكسيس دو توكفيل مأخوذ من كتابه الشهير «الديمقراطية في أمريكا»، ص296.

33) نوقشت آراء إميل دوركهايم حول الأصول الاجتماعية للانتحار في:

Steve Taylor's Durkheim and the Study of Suicide, page 21.

34) إن الفكرة القائلة بأن البالغين والأطفال والأشخاص المصابين بأمراض نفسية الذين ينتحرون هم على الأقل أكثر احتمالية مرتين إلى ثلاث مرات لأن يكون لديهم تاريخ عائلي للانتحار مقارنة بمن لا ينتحرون، جمِّعت من أكثر من ثلاثين دراسة، انظر:

Kay Jamison's Night Falls Fast, page 169.

35) لمعرفة المزيد عن ارتفاع معدلات الانتحار بين الأسر البيولوجية مقارنة بالأسر المتبنية، انظر:

Paul Wender et al., «Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorder,» Archives of General Psychiatry 43 (1986)

لمراجعة الدراسات حول التوائم المتماثلة والانتحار، انظر:

Alec Roy et al., «Genetics of Suicide in Depression,» Journal of Clinical Psychiatry,suppl. 2 (1999).

36) المعلومات عن المجموعات الانتحارية موجودة في:

Kay Jamison's Night Falls Fast, pages 144-53

37) وباء الانتحار الذي أعقب نشر «أحزان الشاب فيرتر» وصفه باولو برنارديني في مخطوطة غير منشورة.

38) التقرير الذي يفيد بأن معدلات الانتحار ترتفع عندما تنشر قصص الانتحار في وسائل الإعلام، والتقرير عن حدوث قفزة في حالات الانتحار بعد وفاة مارلين مونرو، موجودان في:

George Colt's The Enigma of Suicide, pages 90-91.

39) توجد مناقشة حول كيفية قيام برامج الوقاية من الانتحار بالتسبب في الواقع في الانتحار في:

Kay Jamison's Night Falls Fast, pages 273-75.

40) مسألة أن محاولات الانتحار تنبئ بالانتحار موجودة في:

Rise Goldstein et al., «The Prediction of Suicide,» Archives of General Psychiatry 48 (1991).

يقول المؤلفون: «لقد تمكّنا من إثبات ليس فقط أن تاريخ محاولات الانتحار السابقة هو أمر بالغ الأهمية، ولكن أيضًا عدد المحاولات، إذ يزداد خطر الانتحار مع كل محاولة انتحار لاحقة».

41) مسألة أن الليثيوم هو أكثر دواء اختُبر فيما يتعلق بتأثيراته على الانتحار مذكورة في:

Kay Jamison's Night Falls Fast, pages 239-41.

42) مسألة أن معدل الانتحار بين مرضى القطبين الذين يتوقفون عن استخدام الليثيوم يرتفع ستة عشر ضعفًا موجودة في:

Leonardo Tondo et al., «Lithium maintenance treatment reduces risk of suicidal behavior in Bipolar Disorder patients,» in Lithium: Biochemical and Clinical Advances,edited by Vincent Gallicchio and Nicholas Birch, pages 161-71.

43) مسألة أن المرضى الذين عولجوا بالصدمات الكهربائية لديهم معدلات انتحار أقل من أولئك الذين عولجوا بالأدوية موجودة في:

Jerome Motto's essay «Clinical Considerations of Biological Correlates of Suicide,» in The Biology of Suicide, edited by Ronald Maris.

44) نوقِشت صياغة فرويد للانتحار باعتباره دافع قتل موجهًا نحو الذات في عدد من كتاباته، انظر:

The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 14, page 252.

45) اقتباس إدوين شنيدمان موجود في:

George Colt's The Enigma of Suicide, page 196.

46) صياغة فرويد لغريزة الموت مذكورة في:

Robert Litman's essay «Sigmund Freud on Suicide,» in Essays in Self-Destruction,Edwin Shneidman, editor, page 336.

47) صياغة كارل مينينجر مذكورة في:

George Colt's The Enigma of Suicide, page 201.

48) كلمات تشيسترتون موجودة في:

Glen Evans amd Norman L. Farberow's The Encyclopedia of Suicide, page ii.

49) أُجريت العديد من الأبحاث لدراسة آثار الضغط النفسي المزمن في استنزاف الناقلات العصبية. للاطلاع على ملخص ممتاز لهذه الأفكار، انظر:

Kay Jamison's Night Falls Fast, pages 192-93.

50) لمزيد من المعلومات حول استجابة الدماغ للتوتر والضغط النفسي، انظر:

Robert Sapolsky et al., «Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates,» Journal of Neuroscience 10, no. 9 (1990).

51) يوجد تلخيص جيد للعلاقة بين الميول الانتحارية والكوليسترول في:

Kay Jamison's Night Falls Fast, pages 194-95.

52) للمزيد حول انخفاض مستويات السيروتونين، وارتفاع أعداد مستقبلات السيروتونين، والتثبيط، والانتحار، انظر:

«The Neurobiology of Suicide,» Lifesavers 10, no. 4 (1998). Hermann van Praag's essay «Affective Disorders and Aggression Disorders: Evidence for a Common Biological Mechanism,»

للمزيد من القراءات، انظر:

Alec Roy's «Possible Biologic Determinants of Suicide,» in Current Concepts of Suicide, edited by David Lester.

53) يمكن العثور على المعلومات المتعلقة بانخفاض مستويات السيروتونين لدى القتلة ومشعلي الحرائق في:

M. Virkkunen et al., «Personality Profiles and State Aggressiveness in Finnish Alcoholics, Violent Offenders, Fire Setters, and Healthy Volunteers,» Archives of General Psychiatry 51 (1994).

54) هناك عدد لا يحصى من الدراسات حول العلاقة بين انخفاض السيروتونين وخوض المخاطر لدى الحيوانات، انظر:

P. T. Mehlman et al., «Low CSF 5-HIAA Concentrations and Severe Aggression and Impaired Impulse Control in Nonhuman Primates,» American Journal of Psychiatry 151 (1994).

55) درس العديد من الباحثين مستويات النورإبينفرين والنورأدرينالين في أدمغة المنتحرين، للاطلاع على ملخص جيد، انظر:

Kay Jamison provides an excellent summary in Night Falls Fast, pages 192-93.

56) لمعرفة المزيد عن المستويات المنخفضة من الناقلات العصبية الأساسية، انظر:

John Mann, «The Neurobiology of Suicide,» Lifesavers 10, no. 4 (1998).

57) للحصول على تقرير ممتاز عن النتائج التي توصلت إليها ماري أسبيرج، انظر:

«Neurotransmitters and Suicidal Behavior: The Evidence from Cerebrospinal Fluid Studies,» Annals of the New York Academy of Sciences 836 (1997).

58) للمزيد حول التريبتوفان هيدروكسيلاز، انظر:

D. Nielsen et al., «Suicidality and 5-Hydroxindoleacetic Acid Concentration Associated with Tryptophan Hydroxylase Polymorphism,» Archives of General Psychiatry 51 (1994).

59) دُرِست القرود التي نشأت دون أمهات بواسطة جاري كريمر، انظر:

«The Behavioral Neurobiology of Self- Injurious Behavior in Rhesus Monkeys: Current Concepts and Relations to Impulsive Behavior in Humans,» Annals of the New York Academy of Sciences 836, no. 363 (1997), presented at the NIMH's Suicide Research Workshop, November 14-15, 1996.

60) للمزيد حول التعرض المبكر لسوء المعاملة وانخفاض السيروتونين، انظر:

Joan Kaufman et al., «Serotonergic Functioning in Depressed Abused Children: Clinical and Familial Correlates,» Biological Psychiatry 44, no. 10 (1998).

61) لمعرفة المزيد عن العلاقة بين الضرر العصبي للجنين والانتحار، انظر:

Kay Jamison's Night Falls Fast, page 183.

62) وُصِفت مستويات السيروتونين المقارنة بين الذكور والإناث في:

Simeon Margolis and Karen L. Swartz, «Sex Differences in Brain Serotonin Production,» The Johns Hopkins White Papers: Depression and Anxiety, 1998, page 14.

63) للحصول على معلومات متعمقة فيما يتعلق بالجنس وأنظمة أحاديات الأمين في الدماغ، انظر:

Uriel Halbreich and Lucille Lumley, «The multiple interactional biological processes that might lead to depression and gender differences in its appearance,» Journal of Affective Disorders 29, no. 2-3 (1993).

64) اقتباس كاي جاميسون مأخوذ من:

Night Falls Fast, page 184.

65) للمزيد حول العلاقة بين توفر الأسلحة والانتحار، انظر:

M. Boor et al., «Suicide Rates, Handgun Control Laws, and Sociodemographic Variables,» Psychological Reports 66 (1990).

66) المعلومات المتعلقة بالانتحار المرتبط بالغاز في إنجلترا موجودة في:

George Colt's The Enigma of Suicide, page 335.

67) معلومة أن عدد الأمريكيين الذين يقتلون أنفسهم بالبنادق يفوق عدد الذين يُقتَلون بها كل عام موجودة في:

Kay Jamison's Night Falls Fast, page 284.

معدلات الانتحار في الولايات وفقًا لصرامة قوانين مراقبة الأسلحة، بالإضافة إلى اقتباس ديفيد أوبنهايم، مأخوذة من:

George Colt's The Enigma of Suicide, page 336.

68) إحصائية عدد الأمريكيين الذين يقتلون أنفسهم كل عام بالبنادق مأخوذة من مراكز السيطرة على الأمراض. وقد عرضت إحدى المجلات على الإنترنت الإجمالي التالي، الذي لم أتمكن من العثور على مصدره على موقع مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها على الإنترنت: «الأرقام الصادرة في الثامن عشر من نوفمبر عن مركز السيطرة على الأمراض تُظهر أن عدد حالات الانتحار باستخدام الأسلحة النارية كان 17,767 في عام 1997». انظر:

www.stats.org/statswork/gunsuicide.htm

ويمكن أيضًا حساب تقدير تقريبي باستخدام المعلومات المتاحة بسهولة على موقع الويب الخاص بمراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها. من بين 30535 شخصًا انتحروا في عام 1997، تشير تقديرات مركز السيطرة على الأمراض إلى أن «ما يقرب من 3 من كل 5» من حالات الانتحار هذه قد ارتُكِبت باستخدام سلاح ناري. وبالتالي وفق هذه النسبة نجد أن العدد الإجمالي لحالات الانتحار باستخدام الأسلحة النارية يبلغ 18,321.1 وقد اختير 18,000 كمتوسط تقريبي لهذين الرقمين. انظر:
www.cdc.gov/ncipc/factsheets/suifacts.htm.

69) المعلومات عن طرق الانتحار في الصين موجودة في:

Kay Jamison's Night Falls Fast, page 140.

70) المعلومات عن طرق الانتحار في البنجاب موجودة في المرجع السابق.

71) للاطلاع على معدلات الانتحار بين الفنانين والعلماء ورجال الأعمال والشعراء والملحنين، انظر المرجع السابق.

72) معدل الانتحار بين مدمني الكحول مأخوذ من:

George Colt's The Enigma of Suicide, page 266.

73) اقتباس كارل مينينجر مأخوذ من:

Man Against Himself, page 184.

74) أُجريت التجارب على الفئران التي تُحشَد معًا بواسطة خوان لوبيز، وديليا فاسكيز، وديريك تشالمرز، وستانلي واتسون، وقُدِّمت في ورشة عمل أبحاث الانتحار التابعة للمعهد الوطني للصحة النفسية، في الفترة من 14 إلى 15 نوفمبر 1996.

75) الدراسة التي أُجريت على قرود الريسوس التي رُبِّيَت دون أمهات أجراها جاري كريمر. انظر:

«The Behavioral Neurobiology of Self-Injurious Behavior in Rhesus Monkeys,» presented at the NIMH's Suicide Research Workshop, November 14-15, 1996.

76) قصة الأخطبوط المنتحر مأخوذة من ماري أسبيرج.

77) للمزيد حول الانتحار وصدمة وفاة الوالدين المبكرة، انظر:

L. Moss and D. Hamilton, «The Psychotherapy of the Suicidal Patient,» American Journal of Psychiatry 122 (1956).

78) أرقام محاولات الانتحار وتلك التي تُظهر أن الانتحار هو القاتل الرئيسي الثالث بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين خمسة عشر وأربعة وعشرين عامًا في الولايات المتحدة مأخوذة من:

D. L. Hoyert et al., «Deaths: Final data for 1997. National Vital Statistics Report,» published for the National Center for Health Statistics. It is available on the Web at wwrw.cdc.gov/ncipc/osp/states/101c97.htm.

79) قائمة أسباب زيادة الانتحار مأخوذة من:

George Colt's The Enigma of Suicide, page 49.

80) للمزيد حول المراهقين المتفوقين والانتحار، انظر:

Herbert Hendin's Suicide in America, page 55.

81) للمزيد حول تلك الفكرة، انظر:

Philip Patros and Tonia Shamoo's Depression and Suicide in Children and Adolescents, page 41.

82) للحصول على معلومات حول معدلات الانتحار بين الرجال فوق سن الخامسة والستين، انظر:

Diego de Leo and Rene F.W. Diekstra's Depression and Suicide in Late Life, page 188.

83) إن الفكرة القائلة بأن كبار السن يستخدمون تقنيات مميتة بشكل خاص للانتحار ويلتزمون السرية بشأنها هي فكرة مأخوذة من المرجع السابق.

84) نوقِش ارتفاع معدلات الانتحار بين الرجال المطلقين والأرامل في المرجع نفسه.

85) حول تطور المشكلات الحركية، والوساوس المرضية، والبارانويا بين كبار السن نتيجة للاكتئاب، انظر المرجع السابق.

86) للمزيد حول كبار السن والاكتئاب انظر:

Laura Musetti et al., «Depression Before and After Age 65: A Reexamination,» British Journal of Psychiatry 155 (1989): 330.

87) يمكن العثور على معدلات الانتحار الدولية المقارنة، التي تضع المجر في أعلى القائمة بمعدل انتحار يبلغ 40 لكل 100.000 وجامايكا في أسفل القائمة بمعدل 0.4 لكل 100.000، في:

Eric Marcus's Why Suicide? Pages 25-26.

88) يوجد كتالوج كاي جاميسون لأساليب الانتحار في:

Night Falls Fast, pages 133-34.

89) فصّل موقف منظمة الصحة العالمية من الانتحار باعتباره «فعلًا انتحاريًّا يؤدي إلى نتيجة مميتة» في تقريرها بعنوان «منع الانتحار».

90) اقتباس كاي جاميسون موجود في:

Night Falls Fast, page 39.

91) اقتباس ألفاريز موجود في:

The Savage God, page 89.

92) اقتباس ألبير كامو موجود في:

the Myth of Sisyphus and Other Essays, page 5.

93) اقتباس جوليا كنستيفا موجود في:

Black Sun, page 4.

94) صياغة إدوين شنيدمان للأسباب الخمسة للانتحار مأخوذة من:

The Suicidal Mind. pages 58-59.

95) اقتباس كاي جاميسون مأخوذ من:

Night Falls Fast, page 74.

96) حول وصف كاي جاميسون لحالتها العقلية في أثناء محاولتها الانتحار، انظر المرجع السابق، ص291. وقد نشرت أيضًا مذكرات عن معاركها مع مرض الهوس الاكتئابي، بعنوان «عقل غير هادئ».

97) تلك العبارة مأخوذة من:

Kay Jamison's Night Falls Fast, page 292.

98) اقتباس إدنا سانت فنسنت ميلاي مأخوذ من:

«Sonnet in Dialectic,» in Collected Sonnets, page 159.

99) لقد كتبت عن وفاة والدتي بإسهاب في الماضي. لقد وصفته في إحدى قصص نيويوركر عن القتل الرحيم، وكان أساس الفصل الحادي عشر من روايتي «قاربٌ حجري A Stone Boat». لقد اخترت أن أكتب عنها لما أتمنى أن يكون المرة الأخيرة لأنه جزء من قصتي كما هي موجودة في هذا الكتاب. وأرجو أن يسامحني القرَّاء الذي اطَّلعوا على أعمالي السابقة.

100) اقتباس فيودور دوستويفسكي مأخوذ من:

The Possessed is on page 96.

101) طُرح حكم المحكمة البريطانية بشأن فقدان الشهية المرتبط بالسكري في مقابلة شفهية مع الدكتورة ديبورا كريستي، التي عملت في هذه القضية. انظر:

Deborah Christie and Russell Viner, «Eating disorders and self-harm in adolescent diabetes,» Journal of Adolescent Health 27 (2000

102) اقتباس ألفريد لورد مأخوذ من:

Tennyson's Poetry, page 72.

103) عبارات إليوت مأخوذة من:

The Complete Poems and Plays presents the Latin: «Nam Sibyllam quidem Cumis ego ipse oculis meis vidi in ampulla pendere, et cum illi pueri dicerent.

104) هذه القصيدة لإيميلي ديكنسون موجودة في:

The Complete Poems of Emily Dickinson, page 262.

105) اقتباس سيوران مأخوذ من:

A Short History of Decay, page 36.

106) رسالة انتحار فرجينيا وولف مقتبسة من:

Letters of Virginia Woolf, vol. 6, pages 486-87.

107) الاقتباسات من مذكرات فرجينيا وولف تأتي من:

The Diary of Virginia Woolf, pages 110-11.

108) عبارات رونالد دوركين موجودة في:

Life's Dominion, page 93.

109) اقتباس ريلكه مأخوذ من:

«Requiem for a Friend,» in The Selected Poetry of Rainer Maria Rilke, page 85.

110) اقتباس ألفاريز مأخوذ من:

The Savage God, page 75

111) اقتباس ناديجدا ماندلستام موجود في المرجع السابق، ص151-152.

112) اقتباس بريمو ليفي مأخوذ من:

The Drowned and the Saved, pages 70-71.

113) مسألة أن البعض يُلقي باللوم على الأدوية في انتحار بريمو ليفي موجودة في:

Peter Bailey's introduction to the British edition of The Drowned and the Saved.

114) يكتب نيتشه فيما وراء الخير والشر، ص 10: «إن فكرة الانتحار هي عزاء قوي؛ فبواسطتها يجتاز المرء العديد من الليالي السيئة».

الفصل الثامن: التاريخ

1) على الرغم من أنني لم أتمكن من العثور على أي مصدر ثانوي يشرح تاريخ الاكتئاب بطريقة مقنعة تمامًا، فإنني أود أن أعترف بأنني مدين جدًّا لكتاب ستانلي جاكسون «الكآبة والاكتئاب Melancholia and Depression».

2) جذور وأصول كلمة «اكتئاب» مأخوذة من:

the Oxford English Dictionary, vol. 3, page 220.

3) اقتباس بيكيت مأخوذ من:

Complete Dramatic Works of Samuel Beckett, page 31.

4) للحصول على وصف عام للنظرية الخلطية كما كانت موجودة بين اليونانيين، بما في ذلك آراء إمبيدوكليس حول الكآبة، انظر:

Stanley Jackson's Melancholia and Depression, pages 7-12.

5) يمكن العثور على اقتباسات أبقراط في:

Hippocrates, W. H. S. Jones and E.T. Withington, trans. and eds., book 2, page 175.

6) اقتباس هوميروس مأخوذ من:

The Iliad is in book 6, lines 236-40, page 202.

7) هجمات أبقراط على ممارسي الطب المقدس موجودة في:

Giuseppe Roccatagliata's A History of Ancient Psychiatry, page 162.

اقتباس أبقراط بشأن ما كتبه الفلاسفة موجود في:

Iago Galdston's Historic Derivations of Modern Psychiatry, page 12.

8) وصِفت معارضة سقراط وأفلاطون لأبقراط، وكذلك نموذج أفلاطون للنفس البشرية، في:

Bennett Simon's Mind and Madness in Ancient Greece, pages 224-27.

توجد مقارنة جيدة بين أفكار أفلاطون وفرويد في:

Iago Galdston's Historic Derivations of Modern Psychiatry, pages 14-16.

نوقِشت أفكار أفلاطون فيما يتعلق بأهمية الطفولة والأسرة في نمو الطفل في:

Simon's Mind and Madness in Ancient Greece, pages 171-72.

9) ذُكِرت نصيحة فيلوتيموس بارتداء خوذة من الرصاص في:

Giuseppe Roccatagliata's A History of Ancient Psychiatry, page 101.

10) مسألة علاج القرنبيط الذي أوصى به كريسيبوس كنيدوس، وخليط الريحان الذي ابتكره فيليستيون وبليستونيكوس، وفكرة فيلاجريوس بأن فقدان الحيوانات المنوية المفرط يؤدي إلى أعراض الاكتئاب مأخوذة من المرجع السابق.

11) إن صياغة أرسطو للعلاقة بين العقل والجسم، وإيمانه بالقلب كمقر للأخلاط، واستخفافه بالدماغ مأخوذة من المرجع السابق.

12) كلمات أرسطو الشهيرة عن الطبيعة الملهمة للكآبة موجودة في:

«Problemata,» book 30, page 953a.

13) للمزيد حول ذلك، انظر:

Bennett Simon's Mind and Madness in Ancient Greece, page 231.

14) عبارات سينيكا مأخوذة من:

Rudolph and Margot Wittkower's Born Under Saturn, page 99.

15) اقتباس ميناندر الكئيب يأتي من:

Comicorum Atticorum fragmenta, fragment 18.

16) لمعرفة المزيد عن المتشككين، انظر:

Giuseppe Roccatagliata's A History of Ancient Psychiatry, pages 133-35.

17) لمعرفة المزيد عن إيراسيستراتوس جولي، انظر المرجع السابق.

18) عبارة هيروفيلوس الكالسيدونيوس، وكذلك سياسات مينودوت النيقوميدي، مأخوذة من المرجع السابق.

19) يمكن العثور على فصل رائع عن روفوس الأفسسي في:

Stanley Jackson's Melancholia and Depression, pages 35-39.

20) المعلومات المتعلقة باستخدام أنابيب التقطير والأراجيح مأخوذة من المرجع السابق.

21) وُصِفت آراء أريتايوس في:

Giuseppe Roccatagliata's A History of Ancient Psychiatry, pages 223-32.

22) هناك قدرٌ كبير من المواد عن جالينوس، سواء في التاريخ الطبي العام أو في روايات أكثر تحديدًا عن الطب النفسي المبكر. لقد اعتمدت بشكل كبير على:

Stanley Jackson's Melancholia and Depression and Giuseppe Roccatagliata's A History of Ancient Psychiatry.

23) المعلومات عن علاجات شعب الأزتك موجودة في:

Tzvetan Todorov's The Conquest of America, page 68.1

24) للمزيد حول الفلاسفة الرواقيون ودورهم في الحكمة الطبية، انظر:

Giuseppe Roccatagliata's A History of Ancient Psychiatry, pages 133-43.

25) للمزيد حول القديس أوجسطين، بما في ذلك الآثار المترتبة على مواقفه، انظر:

Judith Neaman's Suggestion of the Devil, pages 51-65

26) يمكن العثور على أوصاف نبوخذنصر في نسخة الملك جيمس للكتاب المقدس في سفر دانيال 4:33.

27) تَرِد عبارة «شيطان الظهيرة» في الأدبيات حول هذا الموضوع ويبدو أن جذورها ترجع إلى الكتاب المقدس.

28) حول «الجنون» ومحاكم التفتيش، انظر:

Iago Galdston's Historic Derivations of Modern Psychiatry, pages 19-22.

29) للمزيد عن توما الأكويني في هذا الصدد، انظر المرجع السابق نفسه.

30) اقتباس القس مأخوذ من:

Chaucer's Canterbury Tales Complete, pages 588-92.

31) للمزيد حول الفرق بين الأسيديا والتريستيا، انظر:

Stanley Jackson's Melancholia and Depression, pages 65-77.

32) ملاحظة هيلدجارد فون بينجن مأخوذة من المرجع نفسه، ص326.

33) للمزيد عن الفنان هوجو فان دير جويس، انظر:

Rudolph and Margot Wittkower's Born Under Saturn, pages 108-13.

34) لمناقشة مستفيضة لمارسيليو فيسينو، انظر:

aul Kristeller's The Philosophy of Marsilio Ficino.

35) للمزيد حول أغريبا، انظر:

Winfried Schleiner's Melancholy, Genius, and Utopia in the Renaissance, pages 26-27.

36) للمزيد حول تعليقات فاساري عن الاكتئاب بين الفنانين، انظر كتابه «حياة الفنانين Lives of the Artists».

37) مسألة تدخل الشياطين مأخوذة من:

Andreas Du Laurens's Discourse, as quoted in Lawrence Babb's The Elizabethan Malady, page 49.

38) قصة الرجل الذي شعر «بدخول روح شريرة في جسده» مذكورة في:

Lawrence Babb's The Elizabethan Malady, page 53

39) آراء جورج جيفورد موجودة في:

Winfried Schleiner's Melancholy, Genius, and Utopia in the Renaissance, page 182.

40) مناقشات جان وير، الذي يظهر أيضًا تحت اسم يوهان وير، مأخوذة من المرجع نفسه.

41) ملاحظات فرويد على جان وير موجودة في:

Standard Edition, vol. 9, page 245.

42) وصِفت آراء ريجينالد سكوت حول السحر وقصة مطالبة الملك جيمس بحرق كتاب سكوت بالتفصيل في:

Lawrence Babb's The Elizabethan Malady, pages 55-56, and Winfried Schleiner's Melancholy, Genius, and Utopia in the Renaissance, pages 183-87.

43) ذُكرت تلك الحالة في:

Winfried Schleiner's Melancholy, Genius,and Utopia in the Renaissance, page 189.

44) إن حديث مونتين عن الكآبة هو موضوع رائع ويستحق مناقشة طويلة في حد ذاته. للمواد المشار إليها هنا انظر:

Winfried Schleiner's Melancholy, Genius,and Utopia in the Renaissance

45) يُعرف أندرياس دو لورينز أيضًا باسم لورينتيوس. ومن أجل التبسيط، تمسَّكت باسمه غير اللاتيني. المناقشة المذكورة، بما في ذلك الاقتباسات، مأخوذة من:

Stanley Jackson's Melancholia and Depression, pages 86-91, and T. H. Jobe's «Medical Theories of Melancholia in the Seventeenth and Early Eighteenth Centuries,» Clio Medica 11, no. 4 (1976): 217-21.

46) إن طبيب أوائل القرن السابع عشر الذي أشير إليه هنا هو ريتشارد نابير، ويمكن العثور على ملاحظاته في:

Michael MacDonald's Mystical Bedlam, pages 159-60

47) يمكن العثور على إشارات إلى ليمنيوس، وهوارتي، ولويس ميركادو، وجوانيس بابتيستا سيلفاتيكوس في:

Lawrence Babb's The Elizabethan Malady, page 62.

48) قصة مصفف الشعر الكئيب موجودة في مسرحية ميداس Midas لليلي Lyly.

49) الطبيب الذي يعالج مرضى الكآبة الذين غالبًا ما كانوا يتمتعون بمكانة اجتماعية عالية هو ريتشارد نابير. الإحصاءات مأخوذة من المرجع السابق. يعتبر وصف نابير لممارسته دقيقًا بشكل غير عادي، ويُعد من بين أفضل المواد في عصره. يبدو أنه كان لديه حساسية حادة تجاه شكاوى الصحة النفسية وكان بليغًا بشأنها.

50) إن حقيقة أن أولئك الذين كانوا يعانون الكآبة حقًّا كانوا يحظون بالتعاطف والاحترام هي حقيقة تؤكدها كتابات تيموثي روجرز. في خطابه عام 1691، كتب عن المراعاة والتفهم اللذين ينبغي أن يمتدا إلى المكتئبين. وقال: «لا تحث أصدقاءك المصابين بمرض الكآبة على أشياء لا يستطيعون القيام بها. إنهم مثل الأشخاص الذين كُسرت عظامهم، ويعانون ألمًا وكربًا شديدين، وبالتالي غير قادرين على العمل... وأوصيك بالإحسان إليهم بقدر ما تستطيع». انظر:

A Discourse Concerning Trouble of the Mind and the Disease of Melancholly, sections of which are reprinted in Richard Hunter and Ida Macalpine's 300 Years of Psychiatry, pages 248-51.

51) يقدم كتاب تشريح الكآبة لروبرت بيرتون قراءة ممتازة ويحتوي على قدر كبير من الحكمة التي لم أتمكن من إعادة إنتاجها هنا. التعليقات على بيرتون كثيرة. للحصول على ملخص قصير وموجز عن حياته وعمله، انظر:

Stanley Jackson's Melancholia and Depression, pages 95-99. Lawrence Babb's The Elizabethan Malady, Eleanor Vicari's The View from Minerva's Tower, Vieda Skultan's English Madness, and Rudolph and Margot Wittkower's Born Under Saturn.

52) حكايات كاسبار بارلايوس والرجل الذي طالب بوضعه في صندوق من القش، ولودوفيكوس وكازانوفا ورجل الزبدة، وقصة تشارلز السادس، والنموذج الحديث للوهم الزجاجي في هولندا، كلها موجودة في:

F. F. Blok's Caspar Barlaeus, pages 105-21.

53) للمزيد حول ديكارت والصحة النفسية، انظر:

Theodore Brown's essay «Descartes, dualism, and psychosomatic medicine,» in W. F. Bynum, Roy Porter, and Michael Shepherd, The Anatomy of Madness, vol. 1, pages 40-62. Selections of Descartes's The Passions of the Soul appear in Richard Hunter and Ida Macalpine's 300 Years of Psychiatry, pages 133-34.

54) يمكن العثور على مقاطع ويليس في:

wo Discourses Concerning the Soul of Brutes, pages 179, 188-201, and 209. T. H. Jobe's «Medical Theories of Melancholia in the Seventeenth and Early Eighteenth Centuries,» Clio Medica 11, no.4 (1976), and Allan Ingram's The Madhouse of Language

55) يمكن العثور على مقاطع نيكولاس روبنسون في:

Allan Ingram's The Madhouse of Language, pages 24-25.

56) رفض بورهافا على وجه التحديد النظرية الخلطية وزرع فكرة عن الجسم باعتباره كتلة ليفية تغذيها الحركة الهيدروليكية للدم. وفقًا لبورهافا، فإن الأسباب الرئيسية للكآبة هي العوامل التي تعطل أو تستنفد أو تشوش السوائل العصبية في الدماغ. ويشمل ذلك الأحداث المخيفة الكبيرة وغير المتوقعة، والتركيز الشديد على أي شيء، والحب الشديد، والعزلة الطويلة، والخوف، والظروف الهستيرية. بالإضافة إلى ذلك، أشار إلى عوامل مثل النشاط الجنسي المفرط، واستهلاك الكحول، واستهلاك بعض المنتجات الحيوانية المعرَّضة للدخان أو الهواء أو الملح، والفواكه غير الناضجة، والمواد النشوية غير المخمرة.

57) تكثر المصادر الثانوية حول نظريات بورهافا، للمزيد انظر:

Jackson's summary in Melancholia and Depression, pages 119-21, and T. H. Jobe's «Medical Theories of Melancholia in the Seventeenth and Early Eighteenth Centuries,» Clio Medica 11, no. 4 (1976): 224-27.

58) كان لدى بورهافا العديد من الأتباع والتلاميذ. من المثير للاهتمام أن ننظر إلى مدى تأثيره على ريتشارد ميد، على سبيل المثال. في كتابه الرائع، الذي نُشر عام 1751، تمسك ميد بفكرة الميكانيكا، لكنه نقلها من نظام الدم إلى «الأرواح الحيوانية» التي تتحرك في الأعصاب. رأى ميد مثل بورهافا أن الدماغ «غدة كبيرة» والأعصاب «قناة إخراجية»، وكل ما يمر على طول الأعصاب هو «سائل رقيق متطاير ذو قوة ومرونة هائلتين». مرة أخرى، هناك شيء من الدقة هنا؛ فهناك شيء ما يأتي من الدماغ وينتقل عبر الأعصاب، وهو الناقلات العصبية.

59) يمكن العثور على وصف لجوليان أوفري دي لا ميتري بشيء من التفصيل في:

Aram Vartanian's La Mettrie's L'Homme Machine.

60) قال فريدريش هوفمان في عام 1783 إن الدم يصبح كثيفًا بسبب «ضعف الدماغ، بسبب الحزن أو الخوف أو الحب». علاوة على ذلك، اقترح أن الهوس والاكتئاب، اللذين كان يُتعامَل معهما منذ فترة طويلة على أنهما مشكلتان غير مرتبطتين، «يبدو أنهما مرحلتان مختلفتان إلى حد ما في شيء واحد؛ فالهوس هو في الواقع تفاقم للكآبة، ويترك المريض كئيبًا في فترات أكثر هدوءًا».

61) اقتباسات سبينوزا مأخوذة من:

The Ethics of Spinoza, pages 139-40.

62) للاطلاع على لمناقشة جيدة حول مستشفى بيدلام، انظر:

Marlene Arieno's Victorian Lunatics, especially pages 16-19.

63) شكوى بليك مأخوذة من:

Roy Porter's Mind-Forg'd Manacles, page 73.

64) هناك العديد من الكتب العامة عن الجنون والقرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر. وقد تأثرت مناقشتي بمجموعة متنوعة منها بما في ذلك:

Andrew Scull's Social Order/Mental Disorder, Michel Foucault's Madness and Civilization,and Roy Porter's Mind-Forg'd Manacles.

65) يمكن العثور على اقتباس جون مونرو في:

Andrew Scull's Social Order/Mental Disorder, page 59.

66) يمكن العثور على صور لبعض أدوات التعذيب الأكثر رعبًا في أوائل القرن الثامن عشر في المرجع نفسه.

67) يمكن العثور على تعليقات بوزويل حول المرض النفسي، بالإضافة إلى مذكراته ومراسلاته في:

Allan Ingram's The Madhouse of Language, pages 146-49.

68) تعليق صامويل جونسون عن بيرتون موجود في:

Roy Porter's Mind-Forg'd Manacles, pages 75-77

69) للاطلاع على معلومات عن اكتئاب كوبر، بما في ذلك المقاطع المقتبسة، انظر:

Allan Ingram's The Madhouse of Language, pages 149-50.

70) عبارات إدوارد يونج موجودة في:

the Complaint, or Night-Thoughts, vol. 1, page 11.

71) وصف توبياس سموليت لنفسه كمستشفى موجود في:

Roy Porter's Mind-Forg'd Manacles,endnotes, page 345.

72) اقتباس الماركيزة دو ديفاند يأتي من:

Jerome Zerbe and Cyril Connolly, Les Pavilions of the Eighteenth Century, page 21.

73) لاقتباسات جونسون حول اسكتلندا، انظر:

Max Byrd's Visits to Bedlam, page 126.

74) استخفاف جون براون المناسب بالمناخ البريطاني، وكذلك ملاحظات إدموند بيرك، موجودة في المرجع نفسه، ص126

75) مقطع فولتير المقتبس هنا مأخوذ من «كانديد»، ص140.

76) للمزيد حول هوراس والبوول، انظر:

Roy Porter's Mind-Forg'd Manacles, page 241.

ظهرت مسألة الجغرافيا والاكتئاب لأول مرة في هذه الفترة. كتب ويليام رولي أن «إنجلترا، وفقًا لحجمها وعدد سكانها، تنتج وتحوي أشخاصًا مجانين أكثر من أي بلد آخر في أوروبا، والانتحار هناك أكثر شيوعًا. إن اضطرابات العواطف، وحرية التفكير والتصرف المتاحة بقدر أكبر مما هو الحال في الدول الأخرى، تدفع كمية كبيرة من الدماء إلى الرأس، وتنتج أنواعًا من الجنون في هذا البلد أكبر مما لوحظ في بلدان أخرى. إن التسامح الديني والمدني ينتج للجنون السياسي والديني؛ وحيث لا يوجد مثل هذا التسامح، لا يظهر مثل هذا الجنون».

77) اقتباسات توماس جراي موجودة في:

The Complete Poems of Thomas Gray.

78) يمكن العثور على تصريحات كولريدج في:

The Collected Letters of Samuel Taylor Coleridge, Earl Leslie Griggs, editor, vol.1, letter 68, page 123.

79) اقتباسات كانط مأخوذة من:

Observations on the Feeling of the Beautiful and Sublime, pages 56 and 63.

80) حول الصحة النفسية في المستعمرات الأمريكية، انظر:

Mary Ann Jimenez's Changing Faces of Madness.

81) أحد الأمثلة على اتجاه الولايات المتحدة نحو التفسيرات الدينية للاكتئاب هو ويليام طومسون، وهو قس في ولاية ماساتشوستس في القرن السابع عشر، الذي أصيب بالاكتئاب الشديد لدرجة أنه اضطر إلى التخلي عن عمله وأصبح «الصورة الحية للموت وقبرًا يمشي، وتابوتًا حيًّا دخلت فيه الكآبة السوداء». وكان الشيطان هو الذي «دمر عقله بهجمات شيطانية وسهام جهنمية فظيعة». يمكن العثور على القصيدة التي كتبتها عائلة وأصدقاء ويليام طومسون عنه في المرجع السابق.

82) حديث كوتون ماذر عن اكتئاب زوجته موجود في المرجع السابق.

83) تصريحات هنري روز موجودة في:

An Inaugural Dissertation on the Effects of the Passions upon the Body, page 12.

ومن بين الأمريكيين البارزين الآخرين الذين نشروا أطروحات حول موضوع الاكتئاب: نيكولاس روبنسون، ووليام كولين، وإدوارد كوتبوش. كانت كتابات نيكولاس روبنسون تُقرأ كثيرًا في المستعمرات، وهيمنت تفسيراته الميكانيكية للكآبة على الفكر هناك طوال منتصف القرن الثامن عشر. لمعرفة المزيد عن نيكولاس روبنسون في المستعمرات، انظر:

Mary Ann Jimenez's Changing Faces of Madness, pages 18-20.

84) للمزيد حول «فقدان الشهية العصبي الإنجيلي»، انظر:

Julius Rubin's Religious Melancholy and Protestant Experience in America, pages 82-124 and 156-76. The phrase «starving perfectionists» is on page 158.

85) كلمات كانط عن الجليل موجودة في:

The Philosophy of Kant, page 4.

86) كلمات وردزورث مأخوذة من:

the poem «Resolution and Independence,» in the volume The Prelude: Selected Poems and Sonnets, page 138.

87) اقتباسات شيلي مأخوذة من:

poem «Mutability,» lines 1-4 and 19-21, in The Complete Poems of Percy Bysshe Shelley, page 679.

88) كلمات جياكومو ليوباردي مأخوذة من:

«To Himself,» in his Poems, page 115. «Vanity of vanities» is Ecclesiastes 12:8.

89) أبيات بودلير مأخوذة من:

The Flowers of Evil, pages 92-93.

90) اقتباس هيجل مأخوذ من:

Wolf Lepenies's Melancholy and Society, page 75.

91) بالطبع يبدو أن كل ما كتبه كيركجارد يدور حول الاكتئاب على مستوى أو آخر، لكن هذه المقاطع تأتي، على التوالي، من:

Georg Lukacs's Soul and Form, page 33,

Kierkegaard's The Sickness Unto Death, page 50.

92) تعليقات شوبنهاور على الكآبة موجودة في المقام الأول في مقالاته وليس في كتبه الطويلة. وأود أن ألفت الانتباه بشكل خاص إلى مقالاته التالية:

«On the Sufferings of the World,» «On the Vanity of Existence,» and «OnSuicide.»

93) تعليقات نيتشه حول الصحة والمرض موجودة في:

The Will to Power, page 29.

94) يمكن العثور على مقاطع فيليب بينيل في:

A Treatise on Insanity, pages 107, 132, and 53-54

95) اقتباس صامويل توك مأخوذ من:

Andrew Scull's Social Order/Mental Disorder, page 75.

96) يمكن العثور على إحصائيات المجانين في:

Marlene Arieno's Victorian Lunatics, page 11

97) عدد نزلاء بيدلام مذكور في المرجع السابق.

98) اقتباس توماس بيدوس الثاقب موجود في:

Stanley Jackson's Melancholia and Depression, page 186.

99) أفكار وكلمات بنيامين راش موجودة في:

Medical Inquiries and Observations, pages 61-62, 78, and 104-8

100) كان جان دومينيك إسكيرول من بين أولئك الداعمين لبينيل. لقد دافع عن اللجوء الإنساني في أوائل القرن التاسع عشر، مضيفًا أنه يجب علاج المرضى «بمناخ جاف ومعتدل، وسماء صافية، ودرجة حرارة لطيفة، ووضع مقبول، ومناظر متنوعة»، بالإضافة إلى ممارسة التمارين الرياضية، والسفر، والملينات. وبالنسبة إلى أسباب الكآبة، فهو يقدم قائمة محيرة للعقل تتضمن المشكلات المنزلية، والاستمناء، وعدم حب الذات، والسقوط على الرأس، والاستعداد الوراثي، والفجور، من بين أمور أخرى. وعن الأعراض قال: «لا تظهر المشكلة في شكل اهتياج وغضب وصراخ وبكاء؛ بل في شكل صمت، وانعدام للبكاء والحركة». انظر:

Mental Maladies, page 226

«The Languages of Melancholy in Le Pbilosophe Anglais,» page 11

وبينما ركز البعض على إنسانية العلاج، ركز البعض الآخر على طبيعة المرض نفسه. وقد ردد جيمس كاولز بريتشارد آراء نيتشه في تعريف المرض، ووضع ما سيصبح الفهم الحديث للاكتئاب. وكتب: «ربما يكون من المستحيل تحديد الخط الذي يشير إلى الانتقال من الاستعداد للمرض؛ ولكن هناك درجة من هذه العاطفة تشكل بالتأكيد مرضًا للعقل، وهذا المرض موجود بالفعل دون أي وهم. إن القدرة العقلية في هذه الحالة لا تكون ضعيفة، ولكن الشعور المستمر بالكآبة والحزن يحجب كل آفاق الحياة. هذا الميل إلى الحزن المرضي والكآبة غالبًا ما يخضع للسيطرة عندما ينشأ لأول مرة لأنه لا يدمر الفهم». المقاطع المذكورة هنا، المقتبسة من جيمس كاولز بريتشارد، موجودة في كتابه «مقال عن الجنون والاضطرابات الأخرى التي تؤثر على العقل»، الصفحة 18.

101) يمكن العثور على أفكار جريسينجر في مجموعة متنوعة من المصادر الأولية والثانوية. انظر:

Griesinger's Mental Pathology and Therapeutics

Stanley Jackson's Melancholia and Depression

102) شرح فوكو أفكاره في كتابه الشهير «الجنون والحضارة»، وهو الكتاب الذي ألحق خداعه البليغ أضرارًا كبيرة بقضية المرضى النفسيين في أواخر القرن العشرين.

103) تنادي معظم أعمال تشارلز ديكنز بالإصلاح الاجتماعي. انظر على سبيل المثال:
Nicholas Nickleby

104) للمزيد حول آراء فيكتور هوجو عن الظلم الاجتماعي والاغتراب، انظر:
Les Miserables

105) أعطى أوسكار وايلد صوتًا لروح الاغتراب في عصره. انظر:
«The Ballad of Reading Gaol,» from Complete Poetry, pages 152-72.

106) تظهر آراء ويليام جيمس حول الكآبة في كل كتاباته. المقاطع المذكورة هنا مأخوذة من:
«Is Life Worth Living?» in The Will to Believe and Other Essays in Popular Philosophy, pages 43, 39, and 49, respectively. See also, of course, The Varieties of Religious Experience.

107) أبيات ماثيو أرنولد مأخوذة من:
«Dover Beach,» in The Poems of Matthew Arnold, pages 239-43.

108) اقتباسات مودسلي مأخوذة من:
The Pathology of the Mind, pages 164—68

تناول جون تشارلز باكنيل ودانيال توك موضوع مودسلي في الولايات المتحدة، حيث لاحظا أن «اضطراب القوى العقلية ليس جزءًا أساسيًّا من الاضطراب». واستمرا في الحديث عن العلاجات الخارجية للكآبة، التي كان الكثير منها قديمًا، ولها تأثير مباشر على الدماغ. «لقد أُحرِز تقدم كبير في معرفة القوانين الفسيولوجية لجميع أعضاء الجسم، لكن الأمر مختلف تمامًا بالنسبة إلى العضو النبيل الذي يسيطر على بقية الجسم. المبدأ الفسيولوجي الذي يجب أن نبني عليه نظامًا لعلم الأمراض الدماغية هو أن الصحة العقلية تعتمد على التغذية والتحفيز والراحة اللازمة للدماغ؛ أي على شرط الحفاظ على مادته العصبية في حالة صحية». ويقترحان بحماس أن الأفيون قد يكون فعالًا في استرخاء الدماغ. يمكن العثور على مقاطع من جون تشارلز باكنيل ودانيال توك في:
A Manual of Psychological Medicine, pages 152 and 341-42.

109) يمكن العثور على ملاحظات جورج سافاج في:
Insanity and Allied Neuroses, pages 130 and 151-152.

110) هذه الملاحظات من فرويد مأخوذة من:
«Extracts from the Fliess Papers,» in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 1, pages 204-6.

111) مقالة كارل أبراهام هي:

«Notes on the Psycho-analytical Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions,» in Selected Papers of Karl Abraham

112) اقتباسات فرويد مأخوذة من:

A General Selection from the Works of Sigmund Freud, pages 125-27, 133, and 138-39.

113) للمزيد حول رد أبراهام على «الحداد والكآبة»، انظر:

«Development of the Libido,» in Selected Papers of Karl Abraham, page 456.

114) للمزيد حول آراء ميلاني كلاين، انظر:

«The Psychogenesis of Manic-Depressive States,» in The Selected Melanie Klein, page 145

من بين المحللين النفسيين الذين يكتبون حول هذا الموضوع، الفرويدي العظيم ساندور رادو. لقد وضع لمحة عن نوع الشخص الذي يتعرض للكآبة، الذي «يشعر بسعادة غامرة عندما يعيش في جو مُشبَّع بالرغبة الجنسية» ولكن لديه أيضًا ميلًا إلى أن يكون متطلبًا بشكل غير معقول مع من يحبهم. الاكتئاب، بحسب رادو، هو «صرخة يائسة «من أجل الحب». ولذلك فإن الاكتئاب يثير مرة أخرى ذلك الاحتياج المبكر إلى ثدي الأم، وهو الاحتياج الذي أطلق رادو على إشباعه «النشوة الغذائية». يريد الشخص المكتئب، منذ طفولته فصاعدًا، الحب من أي نوع، فالحب الجنسي أو حب الأم أو حب الذات كلهم بمنزلة إشباع معقول لحاجته. كتب رادو: «إن عملية الكآبة تمثل محاولة للتعويض (الشفاء) على نطاق واسع، تُنفَّذ بمثابرة نفسية حديدية». انظر:

«The Problem of Melancholia,» in Psychoanalysis of Behavior, pages 49-60.

115) للمزيد حول آراء حسون عن الاكتئاب، انظر:

The Cruelty of Depression.

116) قراءة كرابلين مملة بعض الشيء. المقاطع المقتبسة هنا مأخوذة من:

Stanley Jackson's Melancholia and Depression, pages 188-95.

117) اقتباس السير ويليام أوسير مأخوذ من:

equanimitas, as quoted in Peter Adams's The Soul of Medicine, page 67.

118) لقد كانت القراءة حول أدولف ماير متعة كبيرة. أنا مدين لكتاب ستانلي جاكسون «الكآبة والاكتئاب» وكذلك كتاب «مفاهيم التحليل النفسي للاكتئاب» لماير مندلسون، وكتاب «التحليل النفسي الأمريكي» لجاك كوين وإيريك كارلسون، في الكثير من نقاشاتي حول أدولف ماير.

119) للمزيد حول ماري بروكس ماير، انظر:

Theodore Lidz's «Adolf Meyer and the Development of American Psychiatry,» published in the American Journal of Psychiatry 123 (1966): 328.

120) الاقتباس عن هدف الطب يأتي من:

Adolf Meyer's late essay «The 'Complaint' as the Center of Genetic-Dynamic and Nosological Thinking in Psychiatry,» New England Journal of Medicine 199 (1928) .

121) مقاطع سارتر مأخوذة من روايته «الغثيان».

122) مقاطع بيكيت مأخوذة من:

Malone Dies and The Unnamable, and appear in the volume Molloy, Malone Dies,The Unnamable, on pages 256-57 and 333-34.

123) يوجد وصف لقصة اكتشاف مضادات الاكتئاب في العديد من المؤلفات. توجد نسخة مبسطة منها في كتاب بيتر كرامر «الاستماع إلى بروزاك»، ونسخة أكثر تعمقًا في كتاب بيتر ويبرو «حالة مزاجية منفصلة». لقد اعتمدت على الاثنين، بالإضافة إلى التاريخ التفصيلي الذي يشكل العمود الفقري لكتاب ديفيد هيلي «عصر مضادات الاكتئاب». لقد دمجت أيضًا بعض المعلومات التي حصلت عليها من مقابلات شفهية.

124) للمزيد من النقاشات حول كلاين/لوري-سالزر/كون، انظر:

David Healy's The Antidepressant Era, pages 43-77.

125) اكتشاف نظرية الناقلات العصبية والعمل المبكر على الأسيتيل كولين، وكذلك اكتشاف السيروتونين والارتباط بينه وبين والوظيفة العاطفية مأخوذ من المرجع نفسه.

126) مقالة عام 1955 المشار إليها هي:

A. Pletscher et al., «Serotonin Release as a Possible Mechanism of Reserpine Action,» Science 122 (1955)

127) للمزيد حول ذلك، انظر:

David Healy's The Antidepressant Era, page 148.

128) تطور مثبطات الأوكسيداز أحادي الأمين مذكور في المرجع السابق.

129) عمل أكسلرود حول إعادة الامتصاص موجود في المرجع السابق.

130) المقال الأصلي لجوزيف شيلدكراوت هو:

«The Catecholamine Hypothesis of Affective Disorders: A Review of Supporting Evidence,» American Journal of Psychiatry 122 (1965) : 509-22.

131) أنا مدين لديفيد هيلي بنقد شيلدكراوت.

132) العلماء الاسكتلنديون الذين عملوا على نظرية المستقبلات هم جورج أشكروفت، ودونالد إكليستون، وأعضاء الفريق، كما هو موضح في:

David Healy's The Antidepressant Era, page 162.

133) قصة كارلسون وونج والسيروتونين موجودة في المرجع السابق.

134) هناك تأريخ لتطور الأدوية الفردية على مواقع الويب الخاصة بمنتجيها. للحصول على معلومات حول بروزاك، راجع موقع شركة ليلي www.lilly.com؛ للحصول على معلومات حول زولوفت، راجع موقع شركة فايزر على www.pfizer.com؛ للحصول على معلومات حول الأدوية قيد التطوير في شركة دو بونت، راجع موقعهم من خلال www.dupontmerck.com؛ للحصول على معلومات حول لوفوكس، راجع موقع شركة سولفاي من خلال www.solvay.com؛ للحصول على معلومات حول الأدوية قيد التطوير في بارك-ديفيز، راجع موقعهم من خلال www.parke-davis.com؛ للحصول على معلومات حول ريبوكستين وزاناكس، راجع موقع ويب شركة فارماسيا من خلال www.pnu.com؛ للحصول على معلومات حول سيليكسا، راجع موقع فوريست لابوراتوريز من خلال www.forestlabs.com.

الفصل التاسع: الفقر

1) إن مسألة أن الفقراء المكتئبين يميلون إلى أن يصبحوا أكثر فقرًا واكتئابًا هي مسألة أشار إليها عدد من الدراسات. للمزيد حول تأثير الاكتئاب على القدرة على كسب لقمة العيش، انظر:

Sandra Danziger et al., «Barriers to the Employment of Welfare Recipients,» published by the Poverty Research and Training Center of Ann Arbor, Michigan.

وتشير هذه الدراسة إلى أنه من بين السكان الأكثر فقرًا، فإن أولئك الذين شُخِّصت إصابتهم بالاكتئاب الشديد لا يستطيعون العمل لعشرين ساعة أو أكثر في الأسبوع. ومسألة أنهم يصبحون أكثر اكتئابًا يمكن استنتاجها من خلال الدراسات التي تُظهر سجلات العلاج السيئة للفقراء والمشردين، مثل:

Bonnie Zima et al., «Mental Health Problems among Homeless Mothers,» Archives of General Psychiatry 53 (1996), and Emily Hauenstein, «A Nursing Practice Paradigm for Depressed Rural Women: Theoretical Basis,» Archives of Psychiatric Nursing 10, no. 5 (1996).

للاطلاع على مناقشة ممتازة حول العلاقات بين الفقر والصحة النفسية، انظر:

John Lynch et al., «Cumulative Impact of Sustained Economic Hardship on Physical, Cognitive, Psychological, and Social Functioning,» New England Journal of Medicine 337 (1997).

2) للمزيد عن الاكتئاب بين النساء، انظر الفصل الخامس.

3) للمزيد عن الاكتئاب بين الفنانين، انظر:

Kay Jamison's Touched with Fire

4) يمكن العثور على أحد الأمثلة على الاكتئاب بين الرياضيين في:

Buster Olney, «Harnisch Says He Is Being Treated for Depression,» New York Times, April 26, 1997.

5) للمزيد عن الاكتئاب بين مدمني الكحول، انظر الفصل السادس.

6) للمزيد حول معلومة أن الفقراء لديهم معدل اكتئاب مرتفع، انظر:

K. Olsen and L. Pavetti, «Personal and Family Challenges to the Successful Transition from Welfare to Work,» published by the Urban Institute, 1996. Sandra Danziger et al.'s «Barriers to the Employment of Welfare Recipients,» published by the Poverty Research and Training Center of Ann Arbor, Michigan

7) يبدو أن فاعلية معظم العلاجات الدوائية والنفسية الديناميكية متسقة إلى حد ما بين الفئات المختلفة. ولذلك من المفترض أن يكون لها معدلات الفاعلية نفسها مع الفقراء المكتئبين. تكمن الصعوبة التي تواجهها تلك الفئة، في النظام الحالي، في وصول العلاج إليهم.

8) الإحصائية التي تفيد بأن 85-95 بالمائة من الأشخاص المصابين بأمراض نفسية خطيرة عاطلون عن العمل في الولايات المتحدة مأخوذة من:

W. A. Anthony et al.: «Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and implications,» American Psychologist 39 (1984), and «Supported employment for persons with psychiatric disabilities: An historical and conceptual perspective,» Psychosocial Rehabilitation Journal 11, no. 2 (1982).

9) للمزيد حول البلوغ المبكر لأطفال الأمهات المكتئبات، انظر:

Bruce Ellis and Judy Garber's «Psychosocial antecedents of variation in girls' pubertal timing: Maternal depression, stepfather presence, and marital and family stress,» Child Development 71, no. 2 (2000).

10) للمزيد حول سلوك الفتيات اللائي يبلغن مبكرًا، انظر:

Lorah Dorn et al., «Biopsychological and cognitive differences in children with premature vs. on-time adrenarche,» Archives of Pediatric Adolescent Medicine 153, no. 2

للاطلاع على عرض شامل للمؤلفات المتعلقة بالبلوغ المبكر، والاختلاط، والنشاط الجنسي، انظر:

Jay Belsky et al., «Childhood Experience, Interpersonal Development, and Reproductive Strategy: An Evolutionary Theory of Socialization,» Child Development 62 (1991)

11) للمزيد حول برامج الرعاية الطبية (ميدكيد) والمرضى النفسيين، انظر:

Lillian Cain, «Obtaining Social Welfare Benefits for Persons with Serious Mental Illness,» Hospital and Community Psychiatry 44, no. 10 (1993); Ellen Hollingsworth, «Use of Medicaid for Mental Health Care by Clients of Community Support Programs,» Community Mental Health Journal 30, no. 6 (1994); Catherine Melfi et al., «Access to Treatment for Depression in a Medicaid Population,» Journal of Health Care for the Poor and Underserved 10, no. 2 (1999); and Donna McAlpine and David Mechanic, «Utilization of Specialty Mental Health Care among Persons with Severe Mental Illness: The Roles of Demographics, Need, Insurance, and Risk,» Health Services Research 35, no.1 (2000).

12) يمكن العثور على أمثلة لبرامج الدعم والمتابعة في:

Carol Bush et al., «Operation Outreach: Intensive Case Management for Severely Psychiatrically Disabled Adults,» Hospital and Community Psychiatry 41, no. 6 (1990), and Jose Arana et al., «Continuous Care

Teams in Intensive Outpatient Treatment of Chronic Mentally Ill Patients," Hospital and Community Psychiatry 42, no. 5 (1991).

13) معلومة أن 13.7% من الأمريكيين هم تحت خط الفقر مأخوذة من:

Jeanne Miranda and Bonnie L. Green, "Poverty and Mental Health Services Research," page 4.

14) الدراسة التي تُظهر أن 42% من أرباب الأسر الذين يتلقون مساعدة للأسر التي لديها أطفال معالون يستوفون معايير الاكتئاب السريري هي:

K. Moore et al., "The JOBS Evaluation: How Well Are They Faring? AFDC Families with Preschool-Aged Children in Atlanta at the Outset of the JOBS Evaluation," published by the U.S. Department of Health and Human Services, 1995.

15) الدراسة التي تُظهر أن 53% من الأمهات الحوامل يستوفين معايير الاكتئاب الحاد هي:

J. C. Quint et al., "New Chance: Interim Findings on a Comprehensive Program for Disadvantaged Young Mothers and Their Children," published by Manpower Demonstration Research Corporation, 1994.

16) مسألة أن أولئك الذين يعانون اضطرابات نفسية هم أكثر عرضة بـ38% لتلقي إعانات الرعاية الاجتماعية مقارنة بغير المضطربين موجودة في:

R. Jayakody and H. Pollack, "Barriers to Self-Sufficiency among Low-Income, Single Mothers: Substance Use, Mental Health Problems, and Welfare Reform." This paper was presented at the Association for Public Policy Analysis and Management in Washington, D.C., November 1997.

17) حقيقة أن حكومات الولايات والحكومة الفيدرالية تنفقان ما يقرب من 20 مليار دولار على التحويلات النقدية للبالغين الفقراء غير المسنين وأطفالهم، والمبلغ نفسه تقريبًا لقسائم الطعام لهذه الأسر، مأخوذة من:

the the U.S. House of Representatives Committee on Ways and Means' Green Book, 1998

18) حول مشكلات نظام الرعاية الاجتماعية، في هذا المثال، نظام رعاية الطفل، انظر:

Alvin Rosenfeld et al., "Psychiatry and Children in the Child Welfare System," Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 7, no. 3 (1998).

19) لقد كانت جين ميراندا رائدة حقيقية في هذا المجال. ومن أبرز منشوراتها:

Kenneth Wells et al., «Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: A randomized controlled trial,» Journal of the American Medical Association 283, no. 2 (2000) ; Jeanne Miranda et al., «Unmet mental health needs of women in public-sector gynecologic clinics,» American Journal of Obstetrics and Gynecology 178, no. 2 (1998); «Introduction to the special section on recruiting and retaining minorities in psychotherapy research,» Journal of Consulting Clinical Psychologists 64, no. 5 (1996); and Jeanne Miranda et al., «Recruiting and retaining low-income Latinos in psychotherapy research,» Journal of Consulting Clinical Psychologists 64, no. 5 (1996).

20) مسألة أن التكلفة الإجمالية لكل مريض لجميع برامج العلاج المذكورة هي أقل من 1000 دولار سنويًّا نوقِشت في الكثير من المراسلات مع الباحثين. وبطبيعة الحال، من الصعب للغاية حساب الأرقام الدقيقة لمثل هذه البرامج ومقارنتها بسبب الاختلافات في برامج العلاج والبروتوكول والخدمات. وقد قدرت جين ميراندا التكاليف بأقل من 100 دولار لكل مريض؛ وقدمت إميلي هوينشتاين تكاليف إجمالية قدرها 638 دولارًا للشخص الواحد لأنظمة العلاج التي تشمل ما يقرب من ستة وثلاثين اجتماعًا علاجيًّا.

21) مسألة أن الاكتئاب بين الفقراء لا يتجلى عادة في الساحة المعرفية (الشعور بالفشل الشخصي والذنب)، بل في الجسدنة مذكورة في:

Marvin Opler and S. Mouchly Small, «Cultural Variables Affecting Somatic Complaints and Depression,» Psychosomatics 9, no. 5 (1968)

22) المقالة المنشورة في مجلة نيو إنجلاند الطبية حول الصعوبات الاقتصادية والاكتئاب هي:

John Lynch et al., «Cumulative Impact of Sustained Economic Hardship on Physical, Cognitive, Psychological, and Social Functioning,» vol. 337 (1997).

23) للمزيد حول ظاهرة العجز المكتسب، انظر:

Martin Seligman's Learned Optimism.

24) معدل الفصام بين السكان ذوي الدخل المنخفض مذكور في:

Carl Cohen, «Poverty and the Course of Schizophrenia: Implications for Research and Policy,» Hospital and Community Psychology 44, no. 10 (1993).

25) يُعرَّف «ثقب» الأوزون في القطب الجنوبي على أنه «منطقة تحتوي على أقل من 220 وحدة دوبسون (DU) من الأوزون في العمود العلوي (أي بين الأرض والفضاء)». وكما يشير موقع وكالة حماية البيئة على شبكة الإنترنت، فإن «كلمة «ثقب» هي تسمية خاطئة؛ فما نطلق عليه ثقبًا هو في الواقع ترقق كبير، أو انخفاض في تركيزات الأوزون، مما يؤدي إلى تدمير ما يصل إلى 70% من الأوزون الموجود عادة فوق القارة القطبية الجنوبية».

الفصل العاشر: السياسة

1) للحصول على لمحة عامة عن السياسات الحكومية المتغيرة في مجال الصحة النفسية، هناك عدد من المواقع الإلكترونية الغنية بالمعلومات التي تركز على الدفاع عن الصحة النفسية وتعليمها. وأود أن أوصي بشكل خاص بمواقع الويب التالية: المعهد الوطني للصحة النفسية (www.nimh.nih.gov)، والتحالف الوطني للمرضى النفسيين (www.nami.org)، ومركز الدفاع عن العلاج (www.psychlaws.org). والجمعية الوطنية للاكتئاب والهوس (www.ndmda.org)، والجمعية الأمريكية للطب النفسي (www.psych.org).

2) للاطلاع على تصريحات تيبر جور حول اكتئابها، انظر:

interview published as «Strip Stigma from Mental Illness,» USA Today,May 7, 1999.

3) نُشر عددٌ كبير من المقالات عن مايك والاس واكتئابه. انظر:

Jolie Solomon, «Breaking the Silence,» Newsweek, May 20, 1996; Walter Goodman, «In Confronting Depression the First Target Is Shame,» New York Times, January 6, 1998; and Jane Brody, «Despite the Despair of Depression, Few Men Seek Treatment,» New York Times, December 30, 1997.

4) للمزيد حول وصف ويليام ستايرون لاكتئابه، انظر:

William Styron's Darkness Visible

5) يوفر التحالف الوطني للمرضى النفسيين (NAMI) معلومات ممتازة بخصوص قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة ADA. يمكنك الاطلاع على موقعهم الإلكتروني:

http://www.nami.org/helpline/ada.htm.

6) معهد طب الطيران المدني (CAMI) هو جناح الشهادات الطبية والأبحاث والتعليم التابع لإدارة الطيران الفيدرالية التابعة لوزارة النقل الأمريكية.

7) اقتباسات ريتشارد بارون مأخوذة من:

Manuscript «Employment Programs for Persons with Serious Mental Illness: Drawing the Fine Line Between Providing Necessary Financial Support and Promoting Lifetime Economic Dependence,» pages 5-6, 18, 21.

8) للحصول على معلومات حول المعاهد الوطنية للصحة، بالإضافة إلى أقسامها وميزانياتها المختلفة، راجع موقعها الإلكتروني:www.nih.gov.

9) إن الفائزين الستة بجائزة نوبل الذين تحدثوا أمام الكونجرس في شهادتهم المذكورة هنا ظهروا أمام جلسة استماع سنوية للجنة الفرعية المعنية بالعمل والصحة والخدمات الإنسانية والتعليم التابعة لمجلس النواب، في أوائل التسعينيات. وقد وصف النائب جون بورتر، من بين آخرين، الحدث في عدة مقابلات شفهية.

10) معلومة أن أكثر من 75 بالمائة من الخطط الصحية في الولايات المتحدة تقدم تغطية أقل للصحة النفسية مقارنة بأي نوع آخر من أنواع الصحة البدنية مأخوذة من:

Jeffrey Buck et al., «Behavioral Health Benefits in Employer-Sponsored Health Plans, 1997,» Health Affairs 18, no. 2 (1999).

11) تفاصيل إنفاقي على الصحة النفسية هي كالتالي: ست عشرة زيارة للطبيب النفسي مقابل 250 دولارًا لكل زيارة؛ وخمسون زيارة للاختصاصي النفسي (نحو ثلاث ساعات أسبوعيًّا) مقابل 200 دولار في الساعة؛ وفواتير الأدوية التي تصل قيمتها إلى 3500 دولار على الأقل سنويًّا.

12) الإحصائيات المتعلقة بالتكاليف المالية للاكتئاب في مكان العمل تأتي من:

statistics regarding the financial costs of depression in the workplace come from Robert Hirschfeld et al., «The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression,» Journal of the American Medical Association 277, no. 4 (1997): 335.

13) دخل قانون تكافؤ الصحة النفسية لعام 1996 حيز التنفيذ في 1 يناير 1998.

14) الإحصائية التي تفيد بأن أربعمائة ألف شخص يسقطون من سجلات التأمين مقابل كل زيادة بنسبة 1 بالمائة في التكلفة مذكورة في رسالة من جون إف شيلز، نائب رئيس شركة لوين إلى ريتشارد سميث، نائب رئيس السياسة العامة والبحث العلمي بالرابطة الأمريكية للخطط الصحية، في 17 نوفمبر 1997. ومن الطبيعي أن يختلف هذا التقدير اعتمادًا على «السياسة الصحية التي تُحلَّل». أطلعتني شركة لوين على محتوى الرسالة.

15) إن العواقب الاقتصادية لتكافؤ التأمين معقدة للغاية وتعتمد على متغيرات شديدة التنوع بحيث لا يمكن أن تنعكس في أي دراسة واحدة. وفي حين يبدو أن العديد من الخبراء متفقون على أن تكافؤ التأمين سيرفع إجمالي تكاليف التأمين بما يقل عن 1% -تظهر هذه الإحصائية بانتظام في الصحف المهنية والشعبية- فقد وجدت دراسات مختلفة أرقامًا أخرى. فقد وجدت دراسة مؤسسة راند أن تعادل الحدود السنوية من شأنه أن «يزيد» التكاليف بنحو دولار واحد فقط لكل موظف. ووجد تقرير صادر عن التقرير المؤقت للمجلس الاستشاري الوطني للصحة النفسية بشأن تكاليف التكافؤ عددًا من الاحتمالات بدءًا من انخفاضات بنسبة 0.2 في المائة وصولًا إلى زيادات أقل من 1 في المائة. وفي دراسة أجرتها شركة لوين لمقدمي التأمين في نيو هامبشاير، لم يُعثَر على أي زيادات في التكلفة. لمزيد من المعلومات حول هذه الدراسات المختلفة، انظر:

www.nami.org/pressroom/ costfact.html.

16) الرقم الخاص بالتكاليف الإجمالية المضافة للسنة الأولى من التكافؤ موجود في:

Robert Pear, «Insurance Plans Skirt Requirement on Mental Health,» New York Times, December 26, 1998.

17) معلومة أن ما يزيد على ألف جريمة قتل في عام 1998 نُسبت إلى أشخاص يعانون مرضًا نفسيًّا مذكورة في:

Dr. E. Fuller Torrey and Mary Zdanowicz, «Why Deinstitutionalization Turned Deadly,» Wall Street Journal, August 4, 1998.

18) مدى التباين بين نسبة المرضى النفسيين الذين يشكلون خطورة والتغطية الإعلامية لهؤلاء الأشخاص مذكور في:

«Depression: The Spirit of the Age,» The Economist,December 19, 1998, page 116.

19) الدراسة الأخيرة التي أجراها معهد ماساتشوستس للتكنولوجيا التي أظهرت أن الأشخاص الذين يعانون الاكتئاب الشديد ويفقدون قدراتهم في العمل يمكنهم العودة إلى المعايير السابقة عند تناول الأدوية هي:

Ernst Berndt et al., «Workplace performance effects from chronic depression and its treatment,» Journal of Health Economics 17, no. 5 (1998) .

20) الدراستان اللتان تظهران أن التوظيف المدعوم للمرضى النفسيين هو الطريقة الأكثر فائدة اقتصاديًّا للتعامل معهم هما:

E. S. Rogers et al., «A benefit-cost analysis of a supported employment model for persons with psychiatric disabilities,» Evaluation and Program Planning 18, no. 2 (1995), and R. E. Clark et al., «A cost-effectiveness comparison of supported employment and rehabilitation day treatment,» Administration and Policy in Mental Health 24, no.1 (1996).

21) صدر قانون ماكاران-فيرغسون في عام 1945.

22) ويمكن الاطلاع على الإحصائيات الخاصة بميزانية كلينتون المقترحة للسنة المالية 2000 من خلال:

www.nimh.nih.gov/about/2000budget.cfm

23) معلومة أن منحة الخدمات الصحية المجتمعية قد زادت بنسبة 24% مذكورة في:

NAMI E-News 99-74, February 2, 1999.

24) تُصدَر الاقتراحات على المستوى القومي للعلاج الإلزامي لمرض السل من قبل برنامج العلاج الخاضع للمراقبة المباشرة (DOT) التابع لقسم مكافحة مرض السل التابع لمركز السيطرة على الأمراض. يعقد هذا البرنامج اجتماعات أسبوعية مع العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يقدمون العلاج ويتحققون من الامتثال لبروتوكولات العلاج. لمعرفة المزيد عن توصيات مركز السيطرة على الأمراض، انظر:

www.cdc.gov/nchstp/tb/faqs/qa.htm.

25) يمكن العثور على موقف الاتحاد الأمريكي للحريات المدنية بشأن العلاج غير الطوعي لأولئك الذين يعانون إعاقات نفسية وعقلية في:

Robert M. Levy and Leonard S. Rubinstein's The Rights of People with Mental Disabilities, page 25.

26) لمعرفة المزيد عن ويلوبروك، انظر:

avid and Sheila Rothman's The Willowbrook Wars.

27) لقد أخبرتني النائبة مارسي كابتور بعدد من القصص التي تدل على أن الاضطرابات النفسية قد تكون هي الأكثر شيوعًا بين المحاربين القدامى.

28) الإحصائية التي تشير إلى أن 25% من المحاربين القدامى في مستشفيات المحاربين القدامى يعانون أمراضًا نفسية مأخوذة من شهادة الجمعية الأمريكية للطب النفسي إلى وزارة شؤون المحاربين القدامى في 13 أبريل 2000، ويمكن العثور عليها من خلال الموقع الإلكتروني التالي:

www.psych.org

29) معلومة أن أكثر من نصف الأطباء الممارسين قد تلقوا جزءًا من تعليمهم ضمن نظام الرعاية الصحية للمحاربين القدامى مأخوذة من الموقع الإلكتروني لإدارة المحاربين القدامى. ومذكور هناك «أن لدى إدارة المحاربين القدامى شراكات مع 105 كليات طب، و54 كلية طب أسنان، وأكثر من 1140 مؤسسة تعليمية أخرى على مستوى البلاد. لقد خضع أكثر من نصف الأطباء الممارسين في الولايات المتحدة لجزء من تدريبهم المهني ضمن نظام الرعاية الصحية الخاص بالمحاربين القدامى. ويخضع سنويًّا 100,000 من العاملين في مجال الصحة للتدريب في المراكز الطبية التابعة لوزارة شؤون المحاربين القدامى». انظر:

www.va.gov/About_VA/Orgs/vha/index.htm.

30) مقال كيفن هيلدمان هو:

«7M Days,» published in City Limits,June/July 1998.

31) تقديرات النسبة المئوية للمرضى الذين يعانون اضطرابات الاكتئاب داخل مؤسسات الصحة النفسية بالولاية والمقاطعة مأخوذة من:

Joanne Atay et al., «Additions and Resident Patients at End of Year, State and County Mental Hospitals, by Age and Diagnosis, by State, United States, 1998,» published by the U.S. Department of Health and Human Services in May 2000.

وقد أفاد المؤلفون أن الاضطرابات العاطفية هي ثاني أكثر الاضطرابات انتشارًا بين النزلاء بنسبة 12.7 بالمائة، (ص53). وبالنسبة إلى غير النزلاء، يرتفع هذا العدد إلى 22.7 بالمائة، (ص3).

32) الأرقام الخاصة بميزانية الصحة النفسية في ولاية بنسلفانيا مأخوذة من جمعية الصحة النفسية في جنوب شرق بنسلفانيا. أشكر سوزان روجرز على جهودها الهائلة في تتبع هذه الإحصائيات والعديد من الإحصائيات الأخرى.

33) فيما يتعلق بفاعلية البرامج المجتمعية، انظر:

Olmstead,Commissioner of the Department of Human Resources of the State of Georgia, et al., vs. L.C. and E.W., Each by Jonathon Zimring,as Guardian ad Litem and Next Friend,prepared by the National Mental Health Consumers' Self-Help Clearinghouse et al., in support of respondents, page 24.

34) عُبِّر عن آراء توماس ساس في كتاباته العديدة. انظر على سبيل المثال:

Cruel Compassion and Primary Values and Major Contentions

35) قصة الدعوى المرفوعة ضد توماس ساز موجودة في:

Kay Jamison in Night Falls Fast, page 254.

36) المقالة المقصودة هي:

Sally L. Satel, «Mentally Ill or Just Feeling Sad?» New York Times, December 15, 1999.

37) تعمل البرامج التعليمية لصناعة الأدوية على نطاق واسع. في الاجتماع السنوي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)، تتضمن المنتديات التي ترعاها الشركات المختلفة عروضًا يقدمها بعض أبرز الأطباء النفسيين في الولايات المتحدة، الذين حصل العديد منهم على منح بحثية مستقلة من شركات الأدوية. غالبًا ما ينتهي الأمر بالبائعين في صناعة الأدوية إلى منح الأطباء الجزء الأفضل من تعليمهم المستمر؛ إذ إن عملهم يُبقي الأطباء على اطلاع دائم على العلاجات المتاحة، لكن أنشطتهم التثقيفية والتعليمية متحيزة بالطبع.

38) حول استراتيجيات البحث و«الملكية الفكرية» انظر:

Jonathan Rees, «Patents and intellectual property: A salvation for patient-oriented research? » Lancet 356 (2000).

39) اقتباسات ديفيد هيلي مأخوذة من كتاب «عصر مضادات الاكتئاب»، ص 169.

40) إن الادعاء بأن اضطرابات المزاج تؤثر على ربع سكان العالم مأخوذ من:

Myrna Weissman et al., «Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder,» Journal of the American Medical Association 276, no. 4 (1996).

41) اقتباسات ديفيد هيلي مأخوذة من كتاب «عصر مضادات الاكتئاب»، ص 163.

42) فكرة أخذ مضادات الاكتئاب من دون وصفات طبية موجودة في المرجع السابق.

43) مسألة أن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية ليست قاتلة أو خطيرة بشكل خاص حتى في حالة تناول جرعة زائدة مذكورة في:

J. T. Barbey and S. P. Roose, «SSRI safety in overdose,» Journal of Clinical Psychiatry 59, suppl.15 (1998)

الفصل الحادي عشر: التطور

1) اقتباسات مايكل ماكجواير وألفونسو ترويسي مأخوذة من:

Darwinian Psychiatry, pages 150 and 157.

2) اقتباس شيرينجتون مأخوذ من:

The Integrative Action of the Nervous System, page 22.

3) تفسير س. م سميث للعاطفة والمزاج موجود في:

article «Evolutionary Biology and Psychiatry,» British Journal of Psychiatry 162 (1993): 150.

4) ملاحظة جاك كان الذكية مقتبسة من:

John Price, «Job's Battle with God,» ASCAP 10, no. 12 (1997). For more information, see Jack Kahn's Job's Illness: Loss, Grief and Integration: A Psychological Interpretation.

5) يعبر أنتوني ستيفنز وجون برايس عن آرائهما في كتابهما «الطب النفسي التطوري».

6) للمزيد حول إنسان الغاب باعتباره منعزلًا، انظر:

Nancy Collinge's Introduction to Primate Behavior, pages 102-4.

7) للمزيد حول مبدأ ذَكَر ألفا، انظر المرجع السابق.

8) يوجد قدر كبير من المؤلفات حول الأمور العامة المتعلقة بالاكتئاب والمجتمعات الطبقية. انظر على سبيل المثال:

Leon Sloman et al., «Adaptive Function of Depression: Psychotherapeutic Implications,» American Journal of Psychotherapy 48, no. 3 (1994)

9) آراء جون بيرتشنيل موجودة في:

John Birtchnell's «How Humans Relate».

10) وُصِفت أفكار راسل جاردنر حول آليات الهيمنة المتغيرة في الثدييات العليا في مجموعة متنوعة من منشوراته. للحصول على الوصف الأكثر شمولًا لأفكاره حول الاكتئاب والتفاعل الاجتماعي، انظر:

John Price et al., «The Social Competition Hypothesis of Depression,» British Journal of Psychiatry 164 (1994).

لمزيد من المناقشات المركزة، انظر:

Russell Gardner, «Psychiatric Syndromes as Infrastructure for Intra-Specific Communication,» in Social Fabrics of the Mind, edited by M. R. A. Chance, and «Mechanisms in Manic-Depressive Disorder,» Archives of General Psychiatry 39 (1982).

11) آراء توم وير عن استراتيجية الاكتئاب والنوم والحفاظ على الطاقة موجودة في:

«Reply to Healy, D., Waterhouse, J. M.: The circadian system and affective disorders: Clocks or rhythms,» Chronobiology International 7 (1990).

12) يمكن العثور على آراء مايكل ماكجواير وألفونسو ترويسي حول تأخر الجينوم في:

Darwinian Psychiatry, page 41.

13) للمزيد حول صعوبات الحرية، انظر:

Erich Fromm's Escape from Freedom.

لدى إرنست بيكر أيضًا مناقشة وثيقة الصلة بالحرية وعلاقتها بالاكتئاب في:

The Denial of Death, page 213

14) قصة الصبي الذي كانت عائلته كثيرة التنقل، وشنق نفسه في النهاية موجودة في:

George Colt's The Enigma of Suicide, page 50.

15) الإحصائيات الخاصة بعدد المنتجات في السوبر ماركت مأخوذة من:

Regina Schrambling, «Attention Supermarket Shoppers!» Food and Wine, October 1995, page 93.

16) لقد أخذت آراء ودراسات بول ج. واتسون وبول أندروز في المقام الأول من مخطوطتهما غير المنشورة التالية:

«An Evolutionary Theory of Unipolar Depression as an Adaptation for Overcoming Constraints of the Social Niche.»

17) المبدأ القائل بأن الحالة المزاجية السلبية والمنخفضة تمنع الناس من الإفراط في تطبيق استراتيجيات صعبة للغاية موجود في:

Randolph Nesse, «Evolutionary Explanations of Emotions, « Human Nature 1, no. 3 (1990).

18) قصة تلك المرأة مذكورة في:

Erica Goode, «Viewing Depression as a Tool for Survival,» New York Times, February 1, 2000.

19) وُصِفت فكرة الاكتئاب كوسيلة لالتماس الإيثار في أعمال بول ج. واتسون وبول أندروز. لقد أخذت أفكارهما من مخطوطاتهما غير المنشورة التالية:

«An Evolutionary Theory of Unipolar Depression as an Adaptation for Overcoming Constraints of the Social Niche» and «Unipolar Depression and Human Social Life: An Evolutionary Analysis.»

20) للاطلاع على آراء إدوارد هاجن، انظر:

article «The Defection Hypothesis of Depression: A Case Study,» ASCAP 11, no. 4 (1998).

21) حول العلاقة بين الاكتئاب وحساسية التعامل مع الآخرين، انظر:

K. Sakado et al., «The Association between the High Interpersonal Sensitivity Type of Personality and a Lifetime History of Depression in a Sample of Employed Japanese Adults,» Psychological Medicine 29, no. 5 (1999).

22) آراء بول ماكلين حول الدماغ الثلاثي موجودة في:

The Triune Brain in Evolution.

23) هناك أعمال عديدة تتناول آراء تيموثي كرو، وقد ذكرت الكثير منها في قائمة المراجع. ويمكن العثور على التعبير الأكثر وضوحًا عن مبادئه اللغوية ونظرياته حول عدم تماثل الدماغ في:

«A Darwinian Approach to the Origins of Psychosis,» British Journal of Psychiatry 167 (1995).

24) للمزيد حول اللغة كوظيفة لعدم تماثل الدماغ، انظر:

Marian Annett, Left, Right, Hand and Brain: The Right Shift Theory, and Michael Corballis, The Lopsided Ape: Evolution of the Generative Mind.

25) للمزيد حول الصم والسكتات الدماغية في النصف الأيسر من الدماغ، انظر:

Oliver Sacks, Seeing Voices.

26) للمزيد حول النحو العميق، انظر:

Noam Chomsky's Reflections on Language.

27) للمزيد حول التأثيرات المحددة للسكتات الدماغية في الجانب الأيمن من الدماغ، انظر:

and Neuropsychological Test Performance in Right-Brain-Damaged Stroke Patients,» Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology 10, no. 5 (1988).

28) إن افتراض تيموثي كرو بأن الفصام والاضطرابات العاطفية هي ثمن امتلاكنا لدماغ مكون من نصفين مذكور في:

«Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language?» Schizophrenia Research 28 (1997).

29) للحصول على معلومات عامة عن عدم تماثل القشرة الجبهية والاكتئاب، انظر:

Carrie Ellen Schaffer et al., «Frontal and Parietal Electroencephalogram Asymmetry in Depressed and Nondepressed Subjects,» Biological Psychiatry 18, no. 7 (1983).

30) للمزيد حول تشوهات تدفق الدم في قشرة الفص الجبهي للمرضى الذين يعانون الاكتئاب، انظر:

J. Soares and John Mann, «The functional neuroanatomy of mood disorders,» Journal of Psychiatric Research 31 (1997), andM. George et al., «SPECT and PET imaging in mood disorders,» Journal of Clinical Psychiatry 54 (1993).

31) للمزيد حول تكون الخلايا العصبية -تكاثر خلايا الدماغ البالغة- انظر، على سبيل المثال:

Eriksson «Neurogenesis in the adult human hippocampus,» Nature Medicine 4 (1998).

32) للحصول على مناقشة عامة جيدة حول التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة، انظر:

Eric Hollander, «TMS,» CNS Spectrums 2, no. 1 (1997).

33) للمزيد حول تنشيط القشرة اليسرى وتعطيلها، انظر:

Richard Davidson et al., «Approach-Withdrawal and Cerebral Asymmetry: Emotional Expression and Brain Physiology I,» Journal of Personality and Social Psychology 58, no. 2 (1990).

للمزيد حول لا تماثل الدماغ والمناعة، انظر:

Duck-Hee Kang et al., «Frontal Brain Asymmetry and Immune Function,» Behavioral Neuroscience 105, no.6 (1991).

34) للمزيد حول كون الجانب الأيسر من الدماغ أكثر نشاطًا لدى معظم الناس، انظر:

A.J. Tomarken «Psychometric properties of resting anterior EEG asymmetry: Temporal stability and internal consistency,» Psychophysiology 29 (1992).

35) للمزيد حول فكرة أن تنشيط الجانب الأيمن من الدماغ غالبًا ما يرتبط بمستويات عالية من الكورتيزول، انظر:

N.H. Kalen et ah, «Asymmetric frontal brain activity, cortisol, and behavior associated with fearful temperament in Rhesus monkeys,» Behavioral Neuroscience 112 (1998).

36) تناقش أوراق تيموثي كرو حول استخدام إحدى اليدين الروابط بين اللغة ومهارة اليد والوجدان. انظر:

«Location of the Handedness Gene on the X and Y Chromosomes,» American Journal of Medical Genetics 67 (1996), and «Evidence for

Linkage to Psychosis and Cerebral Asymmetry (Relative Hand Skill) on the X Chromosome," American Journal of Medical Genetics 81 (1998).

37) إن فكرة أن نظرية التطور ستنير طريق الطب النفسي الحديث هي واحدة من الحجج الرئيسية في كتاب مايكل ماكجواير وألفونسو ترويزي. الاقتباس المذكور مأخوذ من كتابهما «الطب النفسي الدارويني»، ص12.

الفصل الثاني عشر: الأمل

1) كان انتقال أنجيل هو من نوريستاون، التي كانت عبارة عن منشأة سكنية للرعاية طويلة الأمد أو مستشفى للأمراض النفسية والعقلية، إلى مركز إعادة التأهيل بمجتمع بوتستاون، ثم إلى مؤسسة ساوث كيم، التي تُعرف بأنها برنامج إسكان مكثف.

2) اقتباسات توماس ناجل موجودة في:

The Possibility of Altruism, pages 126 and 128-29.

Shelley E. Taylor's Positive Illusions.

3) اقتباس فرويد مأخوذ من:

essay «Mourning and Melancholia,» taken from A General Selection from the Works of Sigmund Freud, John Rickman, editor, page 128.

4) اقتباس شيلي تايلور مأخوذ من:

Positive Illusions, pages 7 and 213.

5) أفكار إيمي جوت مذكورة في:

Productive and Unproductive Depression, chapter 3

6) هذه الأرقام مأخوذة من:

Joseph Glenmullen's Prozac Backlash, page 15.

7) المعلومات الخاصة بحادثة طائرة تي دبليو إيه قدمها لي صديق فقد أحد أقاربه على متن تلك الرحلة في يوليو 1996.

8) قول إيملي ديكنسون عن اليأس مذكور في:

poem 640 on page 318 of Thomas Johnson's edition of The Complete Poems of Emily Dickinson. Its first line is «I cannot live with You.»

9) اقتباس «آريوباجيتيكا» مأخوذ من:

Paradise Lost, page 384. The first quotation from Paradise Lost itself is from page 226 (Book IX, lines 1070-73); the second is from page 263

(Book XI, lines 137—40); and the third is from page 301 (Book XII, lines 641-49).

10) ملاحظة فيودور دوستويفسكي موجودة في:

The Idiot, page 363

11) للمزيد عن هايدجر والعلاقة بين الألم والكرب والفكر، انظر كتابه العظيم «الوجود والزمان».

12) كلمات فريدريش فيلهلم جوزيف فون شيلينج مأخوذة من:

«On the Essence of Human Freedom,» in his Saemmtliche Werke, vol. 7, page 399.

13) اقتباس جوليا كريستيفا مأخوذ من:

Julia Kristeva is from Black Sun, page 42.

14) كلمات شوبنهاور مأخوذة من:

«On the Sufferings of the World,» in Essays and Aphorisms, page 45.

15) اقتباس تينيس وليامز مأخوذ من:

Five O'Clock Angel: Letters of Tennesee Williams to Maria St. Just,1948-1982, page 154

الملحق

1) أسفرت رحلتي إلى أفغانستان عن مقال بعنوان «الاستيقاظ من كابوس طالبان»، انظر:

New York Times Magazine, March 10, 2002, http://www.nytimes.eom/2002/03/10/arts/an-awakening-from-the-nightmare-of-the-taliban.html.

2) للمزيد حول كلمات جو بايدن، انظر:

David Levine, «Vice President Joe Biden addresses American Psychiatric Association Annual Meeting,» American Psychiatric Association, May 8, 2014, http://www.elsevier.com/connect/vp-joe-biden-addresses-the-american-psychiatric-association.

3) شبَّه عضو الكونجرس السابق في رود آيلاند والمدافع عن الصحة النفسية، باتريك كينيدي، السعي لفهم المرض النفسي بالسعي لفهم الفضاء الخارجي في الاجتماع

السنوي للجمعية الأمريكية للطب النفسي في مايو 2014. وقد عبَّر عن الأفكار نفسها سابقًا؛ انظر:

Kathleen Kenna, «Patrick Kennedy aims for the moon—a cure for 'brain disease',» Toronto Star, October 4, 2012, http://www.thestar.com/news/world/2012/10/04/

patrick_kennedy_aims_for_the_moon_a_cure_for_brain_disease.html.

4) نوقِشت فرضية التغذية العصبية للاكتئاب وتأثير علاجات الاكتئاب المختلفة على تكوين الخلايا العصبية في:

Heath D. Schmidt, Richard C. Shelton and Ronald S. Duma, «Functional biomarkers of depression: Diagnosis, treatment, and pathophysiology,» Neuropsychopharmacology 36, no. 12 (November 2011): 2375-94, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21814182; Nicola D. Hanson, Michael J. Owens and Charles B. Nemeroff, «Depression, antidepressants, and neurogenesis: A critical reappraisal,» Neuropsychopharmacology 36, no. 13 (December 2011): 2589-602, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21937982; Indira Mendez-David et ah, «Adult hippocampal neurogenesis: An actor in the antidepressant-like action,» Annales Pharmaceutiques Frangaises 71, no. 3 (May 2013): 143-49, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23622692; and Scott J. Russo and Eric J. Nestler, «The brain reward circuitry in mood disorders,» Nature Reviews: Neuroscience 14, no. 9 (September 2013):

609-25, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3867253.

5) للحصول على معلومات مفصلة حول هذه الأدوية، انظر:

General information about specific medications,» National Alliance on Mental Illness, http://www.nami.org/Template.cfm?Section=About_Medications&Template=/ContentManagement/ContentCombo.cfm&NavMenuID=798&Content-ID=23662.

للاطلاع على مزيد من المناقشات حول أدوية محددة، انظر:

Karly Garnock-Jones and PaulMcCormack,»Escitalopram:Areview of its use in the management of major depressive disorder in adults,» CNS Drugs 24, no. 9 (September 2010): 769-96, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20806989; Chi-Un Pae et al., «Milnacipran: Beyond a role of antidepressant,»

Clinical Neuropharmacology 32, no. 6 (November/December 2009): 355-63, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19620845; Erica Pearce and Julie Murphy, «Vortioxetine for the treatment of depression,» Annals of Pharmacotherapy 48, no. 5 (June 2014): 758-65, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24676550; Marcus Silva et ah, «Olanzapine plus fluoxetine for bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis,» Journal of Affective Disorders 146, no. 3 (April 25, 2013): 310-18, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23218251; Sheng-Min Wang et ah, «A review of current evidence for vilazodone in major depressive disorder,» International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 17, no. 3 (August 2013): 160-69, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23578403; Suzanne M. Clerkin et ah, «Guanfacine potentiates the activation of prefrontal cortex evoked by warning signals,» Biological Psychiatry 66, no. 4 (15 August 2009): 307-12, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19520360; Young Sup Woo, Hee Ryung Wang and Won-Myong Bahk, «Lurasidone as a potential therapy for bipolar disorder,» Neuropsychiatric Disease and Treatment 9 (October 8, 2013): 1521-29, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24143101; and Nadia Iovieno et ah, «Second-tier natural antidepressants: review and critique,» Journal of Affective Disorders 130, no. 3 (May 2011): 343-57, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20579741.

6) وصِف برنامج المعهد الوطني للصحة النفسية في:

Bruce Cuthbert, «Rapidly-acting treatments for treatment-resistant depression (RAPID),» National Institute of Mental Health, May 14, 2010, http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/research-initiatives/rapidly-acting-treatments-for-treatment-resistant-depression-rapid.shtml.

7) للاطلاع على مراجعتين مفيدتين حول استخدام الكيتامين في علاج الاكتئاب، انظر:

Gerard Sanacora, «Ketamine-induced optimism: New hope for the development of rapid-acting antidepressants,» Psychiatric Times, July 13, 2012, http://www.psychiatrictimes.com/bipolar-disorder/ketamine-induced-optimism-new-hope-development-rapid-acting-antidepressants; and Marie Naughton et al., «A review of ketamine in affective disorders: Current evidence of clinical efficacy, limitations

of use and pre-clinical evidence on proposed mechanisms of action,» Journal of Affective Disorders 156, no. 3 (March 2014): 24-35, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24388038.

8) نوقِشت ريلوتيك (ريلوزول) في:

Kyle Lapidus, Laili Soleimani and James Murrough, «Novel glutamatergic drugs for the treatment of mood disorders,» Neuropsychiatric Disease and Treatment 9 (August 7, 2013): 1101-12, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23976856; scopolamine in Robert J. Jaffe, Vladan Novakovic and Eric D. Peselow, «Scopolamine as an antidepressant: A systematic review,» Clinical Neuropharmacology 36, no. 1 (January/February 2013): 24-26, http://www.ncbi.nlm.nih. gov/pubmed/23334071; and Glyx-13 in Kenji Hashimoto et al., «Glutamate modulators as potential therapeutic drugs in schizophrenia and affective disorders,» European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 263, no. 4 (August 2013): 367-77, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23455590.

9) لمزيد من المناقشة حول التباطؤ في تطوير الأدوية النفسية وجهود البحث التعاونية، انظر:

Richard A. Friedman's op-eds, «A dry pipeline for psychiatric drugs,» New York Times, August 19, 2013, http://www.nytimes.com/2013/08/20/health/a-dry-pipeline-for-psychiatric-drugs. html, and «A new focus on depression,» New York Times, December 23, 2013,http://well.blogs.nytimes.com/2013/12/23/a-new-focus-on-depression/.

10) للحصول على مثال لعمل اتحاد الجينوم النفسي، انظر:

Seung-Hwan Lee et al., «Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs,» Nature Genetics 45,no.9 (September 2013): 984-94, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23933821

11) انظر مقالة توماس إنسل:

«Faulty circuits,» Scientific American 302 (April 2010): 44-51, http://www.nature.com/scientificamerican/journal/v302/n4/full/scientificamerican0410-44.html.

12) للاطلاع على عرض للتقدم الحادث في العلاج بالصدمات الكهربائية، انظر:

Colleen K. Loo et al., «A review of ultrabrief pulse width electroconvulsive therapy,» Therapeutic Advances in Chronic Disease 3, no. 2 (March 2012):

69-85, http://www.ncbi.nlm.nih. gov/pubmed/23251770; and Esmee Verwijk et al., «Neurocognitive effects after brief pulse and ultrabrief pulse unilateral electroconvulsive therapy for major depression,» Journal of Affective Disorders 140, no. 3 (November 2012): 233-43, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22595374.

13) يمكن الاطلاع على تقييم للعلاج بالنوبات المغناطيسية ومقارنته بالصدمات الكهربائية في:

Sarah H. Lisanby et al., «Safety and feasibility of magnetic seizure therapy (MST) in major depression: Randomized within-subject comparison with electroconvulsive therapy,» Neuropsycbopbarmacology 28 no. 10 (October 2003): 1852-65, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12865903; and Sarah Kayser et al., «Comparable seizure characteristics in magnetic seizure therapy and electroconvulsive therapy for major depression,» European Neuropsycbopbarmacology 23, no. 11 (November 2013): 1541-50, http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23820052.

14) لمزيد من المعلومات حول التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة، انظر:

Moacyr Rosa and Sarah Lisanby, «Somatic treatments for mood disorders,» Neuropsycbopbarmacology Reviews 37, no. 1 (January 2012): 102-16, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21976043; David H. Avery et al., «Transcranial magnetic stimulation in acute treatment of major depressive disorder: Clinical response in an open-label extension trial,» Journal of Clinical Psychiatry 69, no. 3 (March 2008): 441-51, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18294022; and Angel V. Peterchev, D. L. Murphy and Sarah H. Lisanby, «Repetitive transcranial magnetic stimulator with controllable pulse parameters (cTMS),» Proceedings of the 2010 Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (September 1-4, 2010) : 2922-26, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21095986.

15) للمزيد حول اكتشاف الارتباط بين فحوصات التصوير بالرنين المغناطيسي والتحسن لدى الأشخاص الذين يعانون اضطراب ثنائي القطب، انظر:

Michael Rohan et al., «Low-field magnetic stimulation in bipolar depression using an MRIbased stimulator,» American Journal of Psychiatry 161, no. 1 (January2004): 93-98, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14702256.

16) للاطلاع على بعض التقارير الأخيرة للأبحاث حول التحفيز المغناطيسي منخفض المجال، انظر:

Michael L. Rohan et al., «Rapid mood-elevating effects of low field magnetic stimulation in depression,» Biological Psychiatry 76, no. 3 (August 1,2014): 186-93, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24331545; and Mouhsin Shafi, Adam Philip Stern and Alvaro Pascual-Leone, «Adding low-field magnetic stimulation to noninvasive electromagnetic neuromodulatory therapies,» Biological Psychiatry 76, no. 3 (August 1, 2014): 170-71, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25012043.

17) للمزيد حول التحفيز الكهربائي القحفي، انظر:

Mary Gunther and Kenneth D. Phillips, «Cranial electrotherapy stimulation for the treatment of depression,» Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 48, no. 11 (November 2010): 37-42, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20669869; Daniel L. Kirsch and Francine Nichols, «Cranial electrotherapy stimulation for treatment of anxiety, depression, and insomnia,» Psychiatric Clinics of North America 36, no. 1 (March 2013): 169-76, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23538086; and Eugene

18) للمزيد حول الدراسات التي وجدت أن التحفيز الكهربائي القحفي فعال في علاج الاكتئاب والقلق، انظر:

Alexander Bystritsky, Lauren Kerwin and Jamie Feusner, «A pilot study of cranial electrotherapy stimulation for generalized anxiety disorder,»

Journal of Clinical Psychiatry 69, no. 3 (March 2008): 412-17, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18348596; and David H. Avery et al., «Transcranial magnetic stimulation in the acute treatment of major depressive disorder: Clinical response in an open-label extension trial,» Journal of Clinical Psychiatry 69, no. 3 (March 2008): 441-51, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18294022.

19) للحصول على مثال لحالة متعلقة بالتحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة أو أجهزة التحفيز الكهربائي القحفي بموجب سياسات التأمين الصحي التقليدية في الولايات المتحدة، انظر:

Aetna, « Clinical policy bulletin: Transcranial magnetic stimulation and cranial electrical stimulation,» Policy Bulletin 0469, October 11, 2013, http://www.aetna.com/cpb/medical/data/400_499/0469.html.

20) نوقِشت آليات العمل المفترضة للتحفيز الكهربائي القحفي في:

Souroush Zaghi et al., «Noninvasive brain stimulation with low-intensity electrical currents,» Neuroscientist 16, no. 3 (June 2010): 285-307, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20040569.

21) للاطلاع على مقارنة بين التحفيز بالتيار المباشر والمتردد، انظر:

Laura Tadini et al., «Cognitive, mood, and electroencephalographic effects of noninvasive cortical stimulation with weak electrical currents,» Journal of ECT 27, no. 2 (June 2011): 134-40, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20938352; and Abhishek Datta et al., « Cranial electrotherapy stimulation and transcranial pulsed current stimulation: A computer based high-resolution modeling study,» Neuroimage 65 (January 15, 2013): 280-87, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23041337.

22) وثِّقت الزيادة في نشاط موجة الدماغ ألفا باستخدام التحفيز بالتيار المتردد في:

Randolph F. Helfrich et al., «Entrainment of brain oscillations by transcranial alternating current stimulation,» Current Biology 24, no. 3 (February 2014): 333-39, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24461998.

23) لمزيد من المعلومات حول آثار التحفيز بالتيار المتردد على أداء الدماغ، انظر:

Souroush Zaghi et al., «Noninvasive brain stimulation with low-intensity electrical currents,» Neuroscientist 16, no. 3 (June 2010): 285-307, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20040569; and Lidia Gabis, Bentzion Shklar and Daniel Geva, «Immediate influence of transcranial electrostimulation on pain and beta-endorphin blood levels: An active placebo-controlled study,» American journal of Physical Medicine and Rehabilitation 82, no. 2 (February 2003): 81-85, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12544752.

24) للاطلاع على بعض الادعاءات التي لا يمكن دعمها التي قدمها مروجو التحفيز الكهربائي القحفي، انظر:

Stephen Barrett, «Dubious claims made for NutriPax and cranial electrotherapy stimulation,» Quackwatch, January 28, 2008, http://www.quackwatch.org/01QuackeryRelatedTopics/ces.html.

(25) للاطلاع على مناقشة تأثير التحفيز الكهربائي القحفي على الناقلات العصبية، انظر:

Lidia Gabis, Bentzion Shklar and Daniel Geva, «Immediate influence of transcranial electrostimulation on pain and beta-endorphin blood levels: An active placebo-controlled study,» American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation 82, no. 2 (February 2003): 81-84, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12544752.

(26) فصِّلت بروتوكولات التحفيز الكهربائي القحفي في:

Harish C. Kavirajan, Kristin Lueck and Kenneth Chuang, «Alternating current cranial electrotherapy stimulation (CES) for depression,» Cochrane Library, issue 5 (May 31, 2013): CD010521, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25000907.

(27) للاطلاع على دراسة الدكتور جالينكر، انظر:

Samantha Greenmanetal.,«Asingle blind,randomized,sham controlled study of cranial electrical stimulation in bipolar II disorder » (poster presented at the 167th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New York, NY, May4-6,2014),http://www.ensrmedical.com/wp-content/uploads/2014/01/Poster-A-Single-Blind-Randonnzed-Sham-Controlled-Study-of-Cranial- Electrical-Stimulation-in-Bipolar-II-Disorder-Beth-Israel.pdf. For an additional study involving the Fisher Wallace Stimulator, see U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, «Efficacy and safety of cranial electrical stimulation (CES) for major depressive disorder (MDD),» Study Number NCT01325532 (David Mischoulon, Massachusetts General Hospital, principal investigator; study start date November 2010), http://clinicaltrials.gov/show/NCT01325532.

(28) الأساس المنطقي لإدارة الغذاء والدواء لتصنيف أجهزة التحفيز الكهربائي القحفي على أنها من الفئة الثالثة، مما يعني أنها تتطلب الموافقة قبل أن تُسوَّق، ولقولها إن الأدلة العلمية المتوفرة لا تثبت أن التحفيز الكهربائي القحفي سيوفر ضمانًا معقولًا لفاعليته ضد الأرق والاكتئاب أو القلق، مذكور في «الملخص التنفيذي الذي أعدته الوكالة لاجتماع لجنة الأجهزة العصبية في 10 فبراير 2012»، انظر:

http://www.fda.gov/downloads/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/MedicalDevices/MedicalDevicesAdvisory-Committee/Neurol gicalDevicesPanel/UCM330887.pdf; and summarized in Kenneth Bender, «FDA panel votes

to curtail cranial electrotherapy stimulators,» Psychiatric Times, July 2012, http://www.psychiatrictimes.com/ neuropsychiatry/fda-panel-votes-curtail-cranial-electrotherapy-stimulatos

29) كان قلق رولاند نادلر بشأن الآثار الضارة المحتملة للتحفيز الكهربائي المطبق بشكل غير صحيح آتيًا من الدراسة التالية:

Bruno Rutsche et al., «Modulating arithmetic performance: A tDCS/ EEG study,» Clinical Neurophysiology 124, no. 10 (October 2013) : e91, http://www.clinph-journal.com/article/S1388-2457(13) 00436-7/ abstract.

30) لمزيد من المناقشة حول أبحاث تحفيز العصب المبهم، انظر:

Pilar Cristancho et al., «Effectiveness and safety of vagus nerve stimulation for severe treatment-resistant major depression in clinical practice after FDA approval: Outcomes at 1 year,» Journal of Clinical Psychiatry 72, no. 10 (October 2011): 1376-82,http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21295002.

31) للاطلاع على الدراسات الحديثة حول التحفيز العميق للدماغ، انظر:

Mayberg include Paul E. Holtzheimer and Helen S. Mayberg, «Deep brain stimulation for psychiatric disorders,» Annual Reviewof Neuroscience 34 (2011): 289-307, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21692660; and Patricio Riva-Posse et al., «Practical considerations in the development and refinement of subcallosal cingulate white matter deep brain stimulation for treatment-resistant depression,» World Neurosurgery 80, no. 3-4 (September-October 2013): e25-34, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23246630

32) قصة مريض هيلين مايبيرج مذكورة في:

Robin L. Carhart-Harris et al., «Mourning and melancholia revisited: Correspondences between principles of Freudian metapsychology and empirical findings in neuropsychiatry,» Annals of General Psychiatry 7, no. 9 (July 24, 2008): 1-23, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18652673.

33) وجدت مايبيرج وزملاؤها أن التحفيز العميق للدماغ خفف من أعراض الاكتئاب لدى عدد كبير من الأشخاص، انظر:

Andres M. Lozano et al., «Subcallosal cingulate gyrus deep brain stimulation for treatment-resistant depression,» Biological Psychiatry

64, no. 6 (September 15, 2008): 461-67, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18639234;

34) للمزيد حول إنهاء دراسة برودن التي أجرتها شركة سانت جود ميديكال، انظر:

James Cavuoto's reports «Depressing innovation,» Neurotech Business Report,December 13, 2013, http://www.neurotechreports.com/pages/publishersletterDeel3.

html,and «St. Jude Medical struggles to regain traction in neuromodulation market,» Neurotech Business Report,December 13,2013,

35) نوقِشت مخاطر وتكاليف التحفيز العميق للدماغ في:

Thomas E. Schlaepfer et al., «Deep brain stimulation of the human reward system for major depression: Rationale, outcomes and outlook,» Neuropsychopharmacology 39, no. 6 (February 11, 2014): 1303-14, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24513970.

36) لمزيد من المعلومات حول تطوير المبادئ التوجيهية الإجرائية والأخلاقية للتحفيز العميق للدماغ، انظر:

Bart Nuttin et ah, «Consensus on guidelines for stereotactic neurosurgery for psychiatric disorders,» Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 85, no. 9 (September 2014): 1003-8, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24444853.

37) نوقِشت الاستجابات المتغيرة لـلتحفيز العميق للدماغ في:

Jared L. Moreines et ah, «Neuropsychological function before and after subcallosal cingulate deep brain stimulation in patients with treatment-resistant depression,» Depression and Anxiety 31, no. 8 (August 2014) : 690-98, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24753183.

38) نوقِش تحفيز العنان في:

Karl Kiening and Alexander Sartorius, «A new translational target for deep brain stimulation to treat depression,» EMBO Molecular Medicine 5, no. 8 (August 2013): 1151-53, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23828711

39) للمزيد عن تجارب جامعة هارفارد حول نظام المكافأة في حالة الاكتئاب، انظر:

Diego A. Pizzagalli, Allison L. Jahn and James P. O'Shea, «Toward an objective characterization of an anhedonic phenotype: A signal-detection approach,» Biological Psychiatry 57, no. 4 (February 15, 2005): 319-27,

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2447922; and Diego A. Pizzagalli et ah, «Reduced hedonic capacity in major depressive disorder: Evidence from a probabilistic reward task,» Journal of Psychiatric Research

43, no.1 (November 2008): 76-87, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/artieles/PMC2637997.

40) وصِفت دراسة الفئران ونظام المكافأة في:

Yun-Wei A. Hsu et al., «Role of the dorsal medial habenula in the regulation of voluntary activity, motor function, hedonic state, and primary reinforcement,» Journal of Neuroscience 34, no. 34 (August 20, 2014) : 11366-84, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25143617.

41) وصِفت الدراسة الجارية في مستشفى جبل سيناء لـلتحفيز العميق للدماغ في:

in U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, «A pilot study of deep brain stimulation to the lateral habenulae in treatment resistant depression,» Study Number NCT01798407 (Wayne Goodman, Mt. Sinai School of Medicine, principal investigator; study start date February 21, 2013), http://clinicaltrials.gov/show/NCT01798407.

42) وصِفت الموجات فوق الصوتية المركزة، والعلاج بالضوء القريب من الأشعة تحت الحمراء، والتحفيز المغناطيسي منخفض المجال، والتحفيز البصري الوراثي في:

Moacyr Rosa and Sarah Lisanby, «Somatic treatments for mood disorders,» Neuropsychopharmacology Reviews 37, no. 1 (January 2012): 102-16, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21976043. For a recent study of the relationship between photoreceptors and anxiety in mice, see Olivia A. Masseck et al., «Vertebrate cone opsins enable sustained and highly sensitive rapid control of Gi/o signaling in anxiety circuitry,» Neuron 81, no. 6 (March 19, 2014):1263-73, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24656249.

43) للمزيد حول استخدام البوتوكس في علاج الاكتئاب، انظر:

Eric Finzi and Normal E. Rosenthal, «Treatment of depression with onabotulinumtoxinA: A randomized, double-blind, placebo controlled trial,» Journal of Psychiatric Research 52 (May 2014): 1-6, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24345483; Marc Axel Wollmer et al., «Facing depression with botulinum toxin: A randomized controlled trial,»

Journal of Psychiatric Research 46, no. 5 (May 2012): 574-81, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22364892; and Doris Hexsel et al., «Evaluation of self-esteem and depression symptoms in depressed and nondepressed subjects treated with onabotulinumtoxinA for glabellar lines,» Dermatological Surgery 39, no. 7 (July 2013): 1088-96, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23465042.

44) للمزيد حول آراء داروين في ذلك، انظر:

The Expression of the Emotions in Man and Animals (London: John Murray, 1872), http://www.gutenberg.org/ebooks/1227; and Paul Ekman, «Darwin's contributions to our understanding of emotional expressions,» Philosophical Transactions of the Royal Society B 364, no. 1535 (December 12, 2009): 3449-51, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19884139.

45) للمزيد حول آراء ويليام جيمس في ذلك، انظر:

William James, «What is an emotion?» Mind 9, no. 34 (April 1884), http://psychclassics.yorku.ca/James/emotion.htm.

46) للمزيد حول الأبحاث التي وجدت تحسنًا كبيرًا في الأشخاص المصابين بالاكتئاب الذين يخضعون لعلاج الأرق، انظر:

Benedict Carey, «Sleep therapy seen as an aid for depression,» New York Times, November 18, 2013, http://www.nytimes.eom/2013/ll/19/health/treating-msomiiia-to-heal-depression.html.

47) اقتباس أندرو كريستال مأخوذ من:

Benedict Carey, «Sleep therapy seen as an aid for depression,» New York Times,November 18,2013, http://www.nytimes.com/2013/ll/19/health/treating-insomnia-to-heald pression.html.

48) اقتباس جورج سلافيش مذكور في:

Caroline Williams, «Is depression a kind of allergic reaction? » Guardian, January 4, 2015, http://www.theguardian.com/lifeandstyle/2015/jan/04/depression-allergic-reaction-inflammationimmune-system.

49) اقتباس جورج سلافيش مذكور في:

«Reconceptualizing major depressive disorder as an infectious disease,» Biology of Mood & Anxiety Disorders 4 (2014): 10, http://www.biolmoodanxietydisord.com/content/4/1/10.

50) للمزيد حول دور السيتوكينات في الاكتئاب، انظر:

Elisa Brietzke et al., «Comparison of cytokine levels in depressed, manic and euthymic patients with bipolar disorder,» Journal of Affective Disorders 116, no. 3 (August 2009): 214-17, http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(08)00479-5/abstract; and Neil A. Harrison, et al., «Neural origins of human sickness in interoceptive responses to inflammation,» Biological Psychiatry 66 , no. 5 (September 1, 2009): 415-22, http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(09)00323-0/abstract.

51) للمزيد حول تأثير الأدوية المضادة للالتهابات على عمل مضادات الاكتئاب، انظر:

Norbert Muller, et ah, «The cyclooxygenase-2inhibitor celecoxib has therapeutic effects in major depression: results of a double-blind, randomized, placebo controlled, add-on pilot study to reboxetine,»

Molecular Psychiatry 11 (2006): 680-84, http://www.nature.com/mp/journal/vll/n7/full/4001805a.html.

52) للمزيد حول الجدل بشأن التحليل النفسي، انظر:

John Forrester, «Dispatches from the Freud wars,» in Dispatches from the Freud Wars: Psychoanalysis and Its Passions (Harvard University Press,1997), http://books.google.com/books?id=xQDZe2HyFCEC&pg=PA208.

53) للمزيد حول تراجع الاعتماد السريري على العلاج بالكلام، انظر:

Mark Olfson and Steven C. Marcus, «National trends in outpatient psychotherapy,» American journal of Psychiatry 167, no. 12 (December 2010):145-63, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20686187.

54) للمزيد من المناقشة حول سياسات شركات التأمين فيما يتعلق بالعلاج بالكلام، انظر:

Brandon A. Gaudiano and IvanW. Miller, «The evidence-based practice of psychotherapy: Facing the challenges that he ahead,» Clinical Psychology Review 33, no. 7 (November 2013): 813-24, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23692739; andBrandon Gaudiano, «Psychotherapy'simage problem,» New York Times, September 29, 2013, http://www.nytimes.com/2013/09/30/opinion/psychotherapys-image-problem.html.

55) للحصول على أمثلة عن تكهنات الناشطين المناهضين للطب النفسي حول وجود علاقة سببية بين مضادات الاكتئاب والمذبحة التي وقعت في مدرسة كولومباين الثانوية، انظر:

Kelly Patricia 0»Meara, «Doping kids,» Insight on the News, Tune 28, 1999; and Ed Soule, «Deadly prescriptions,» Bangor Daily News, November 10, 1999.

56) شهادة مارك تايلور ودكتور ألين ساليريان مأخوذة من:

U.S. Food and Drug Administration, «Joint meeting of the CDER Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee and the FDA Pediatric Advisory Committee, Bethesda, Maryland, September 13, 2004,» http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/04/transcripts/2004-4065Tl.pdf.

57) شهادة آني بلاك مأخوذة من:

U.S. Food and Drug Administration, «Joint meeting of the CDER Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee and the FDA Pediatric Advisory Committee, Bethesda, Maryland, September 13, 2004,» http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/04/transcripts/2004-4065Tl .pdf .

58) للمزيد حول تأثير العلاج الوهمي، انظر:

«Treating depression: Is there a placebo effect?,» 60 Minutes, February 19, 2012, http://www.cbsnews.com/news/treatingdepression-is-there-a-placebo-effect.

59) دراسة إيرفينج كيرش حول تأثير الدواء الوهمي في علاج الاكتئاب موجودة في:

Irving Kirsch et ah, «Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration,» PLoS Medicine 5,no. 2 (February 2008): e45, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18303940; and Arif Khan et al., «A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression,» PLoS One 7, no. 7 (July 30, 2012): e41778, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22860015.

60) للاطلاع على الدراسة التي وجدت أن الأدوية الوهمية فعالة للغاية ولكن مضادات الاكتئاب تكون أكثر فاعلية واستمرارية، انظر:

Pim Cuijpers et al., «Comparison of psychotherapies for adult depression to pill placebo control groups: A meta-analysis,» Psychological Medicine

44, no. 4 (March 2014): 685-95, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23552610.

61) لمناقشة حدوث الانتكاسات لدى المرضى الذين يتلقون العلاج الوهمي مقارنة بمن يتلقون الدواء، انظر:

John R. Geddes et al., «Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: A systematic review,» Lancet 361, no. 9358 (February 23, 2003): 653-61, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12606176.

62) تعتمد الأرقام المتعلقة بالاستجابة للعلاج الوهمي مقابل الدواء على الدراسات التالية:

Bret R. Rutherford and Stephen P. Roose, «A model of placebo response in antidepressant clinical trials,» American Journal of Psychiatry 170, no. 7 (July 2013): 723-33, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23318413.See also B.Timothy Walsh et ah, «Placebo response in studies of major depression: Variable, substantial, and growing,» JAMA: Journal of the American Medical Association 287, no. 14 (April 10, 2002): 1840-47, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11939870.

63) للمزيد عن الدراسة التي وجدت انخفاض فاعلية مضادات الاكتئاب لدى الأشخاص الذين توقعوا إمكانية تلقي العلاج الوهمي، انظر:

Bret R. Rutherford et ah, «A randomized, prospective pilot study of patient expectancy and antidepressant outcome,» Psychological Medicine 43, no. 5 (April 2013): 975-82, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3594112.

64) للمزيد حول وسائل تقليل الاستجابة للعلاج الوهمي في الأبحاث، انظر:

Bret R.Rutherford and Stephen P. Roose, «A model of placebo response in antidepressantclinical trials,» American Journal of Psychiatry 170, no. 7 (July2013): 723-33, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23318413.

65) للمزيد حول دور مضادات الاكتئاب في تحفيز تكوين الخلايا العصبية، انظر:

Christoph Anacker et al., «Antidepressants increase human hippocampal neurogenesis by activating the glucocorticoid receptor,» Molecular Psychiatry 16, no. 7 (July 2011): 738-50, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21483429; Nicola D. Hanson, Michael J. Owens and Charles B. Nemeroff, «Depression, antidepressants, and neurogenesis: A critical

reappraisal,» Neuropsychopharmacology 36, no. 13 (December 2011): 2589-602, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21937982; and IndiraMendez-David et al., «Adult hippocampal neurogenesis: An actor in the antidepressant-like action,» Annales Pharmaceutiques Francises 71, no. 3 (May 2013): 143-49, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23622692

66) للمزيد حول التقدم في علم الجينوم السرطاني، انظر:

Levi A. Garraway and Eric S. Lander, «Lessons from the cancer genome,» Cell 153, no. 1 (March 28, 2013): 17-37, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23540688.

67) تعتمد الإحصاءات المتعلقة بانتحار المراهقين على:

David Brent, «Suicide in youth,» National Alliance on Mental Illness, June 2003, https://www.nami.org/ Content/ContentGroups/Illnesses/Suicide_Teens.htm; U.S. Department of

Health and Human Services, Centers for Disease Control, «Suicide: Facts at a glance,» October 24, 2012, http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ Suicide_DataSheet-a.pdf; and Alex E. Crosby et al., «Suicidal thoughts and behaviors among adults aged >18 years: LTnited States, 2008-2009,» Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries 60, no. SS-13 (October 21,2011):1-22,http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22012169.

68) للاطلاع على التحليل التلوي لإدارة الغذاء والدواء، انظر:

Tarek A. Hammad, «Relationship between psychotropic drugs and pediatric suicidality: Review and evaluation of clinical data,» U.S. Food and Drug Administration, August 16, 2004, http://www.fda.gOv/ohrms/dockets/ac/04/briefing/2004-4065bl-10-tab08-hammads-review.pdf; and Tarek A. Hammad, Thomas Laughren and Judith Racoosin, «Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs,» Archives of General Psychiatry 63, no. 3 (March 2006): 332-39,http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16520440.

69) للمزيد حول تقييم مستويات مضادات الاكتئاب في الدم في حالات انتحار المراهقين، انظر:

Andrew C. Leon et ah, «Antidepressants and youth suicide in New York City, 1999-2002,» Journal of the American Academy of Child and Adolescent

Psychiatry 45, no. 9 (September 2006): 1054-58, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16926612; and Doug Gray et ah, «Utah Youth Suicide Study, Phase I: Government agency contact before death,» Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 41, no. 4 (April 2002): 427-34, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11931599.

70) الدراسة التي وجدت زيادة معدلات الانتحار لدى مرضى الاكتئاب غير المعالجين هي:

Robert D. Gibbons et al., «Relationship between antidepressants and suicide attempts: An analysis of the Veterans Health Administration data sets,» American Journal of Psychiatry 164, no. 7 (July 2007): 1044-49, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17606656.

71) أعلنت إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) عن متطلباتها لتحذيرات المربع الأسود لمضادات الاكتئاب في:

«FDA statement on recommendations of the psychopharmacologic drugs and pediatric advisory committees,» September 16, 2004, http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/2004/ucml 08352.htm; and «Antidepressant use in children, adolescents, and adults,» May 2,2007, http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/informationbydrugclass/ucm096273.

72) معلومة حدوث انخفاض في تشخيص الاكتئاب بعد وضع تحذير المربع الأسود على مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية موجودة في:

Anne M. Libby, Heather D. Orton and Robert J. Valuck, « Persisting decline in depression treatment after FDA warnings,» Archives of General Psychiatry 66, no. 6 (June 2009): 633-39, http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210270.

73) وثِّق الانخفاض في معدل الوصفات الطبية لمضادات الاكتئاب بعد ظهور تحذير المربع الأسود في:

Anne M. Libby et al., «Decline in treatment of pediatric depression after FDA advisory on risk of suicidality with SSRIs,» American Journal of Psychiatry 164, no. 6 (June 2007): 633- 39, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17541047

74) للاطلاع على دراسة جامعة ييل التي وجدت ارتباطًا بين الزيادات في انحراف المراهقين، والفشل الأكاديمي وتعاطي المخدرات، وانخفاض معدلات الوصفات الطبية المضادة للاكتئاب بعد صدور تحذير المربع الأسود، انظر:

Susan Busch, Ezra Golberstein and Ellen Meara, «The FDA and ABCs: The unintended consequences of antidepressant warnings on human capital,» NBER Working Paper no. 17426, National Bureau of Economic Research (September 2011), http://www.nber.org/papers/wl7426.

75) إحصائيات الانتحار في مدينة نيويورك مأخوذة من:

Andrew C. Leon et al., «Antidepressants in adult suicides in New York City: 2001-2004,» Journal of Clinical Psychiatry 68, no. 9 (September 2007): 1399-403, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17915979.

76) للاطلاع على الدراسات التي توصلت إلى انخفاض معدلات الانتحار في الدنمارك والمجر والسويد وإيطاليا واليابان وأستراليا، انظر:

Lars Sondergard et al., «Do antidepressants prevent suicide,» International Clinical Psychopharmacology 21, no. 4 (July 2006): 211-18, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16687992; Zoltan Rihmer et al., «Suicide in Hungary: Epidemiological and clinical perspectives,» Annals of General Psychiatry 12, no. 21 (June 26, 2013): 21, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23803500; Anders Carlsten et al., «Antidepressant medication and suicide in Sweden,» Pharmacoepidemiology and Drug Safety 10, no. 6 (October-November 2001): 525-30,http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11828835; Giulio Castelpietra et al., «Antidepressant use and suicide prevention: A prescription database study in the region Friuli Venezia Giulia, Italy,» Acta Psychiatrica Scandinavian 118, no. 5 (November 2008): 382-88, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18754835; Atsuo Nakagawa et al., «Association of suicide and antidepressant prescription rates in Japan, 1999-2003,» Journal of Clinical Psychiatry 68, no. 6 (June 2007): 908-16, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17592916; and Wayne D. Hall et al., «Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: Trend analysis,» British Medical journal 326 , no. 7397 (May 10, 2003): 1008, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12742921.

77) تشمل الدراسات التي وجدت زيادة خطر الانتحار في المرحلة المبكرة من تناول مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية ما يلي:

Herschel Jick, JamesA.Jaye and Susan S. Jick, «Antidepressants and the risk of suicidal behaviors,» JAMA: Journal of the American Medical Association 292, no. 3 (July 21, 2004): 338-43, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15265848; and Charlotte Bjorkenstam et al., «An association between initiation of selective serotonin reuptake inhibitors and suicide: A nationwide register-based case-crossover study,» PLoS One 8, no. 9 (September 9, 2013): e73973, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24040131.

78) للاطلاع على تقرير دراسة معهد أبحاث الصحة في سياتل، انظر:

Gregory E. Simon et al., «Suicide risk during antidepressant treatment,» American Journal of Psychiatry 163, no. 1 (January 2006): 41-47, http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16390887.

79) قُيِّم الخطر النسبي للانتحار خلال المراحل المختلفة من علاج الاكتئاب في:

Gregory E. Simon and James Savarino, «Suicide attempts among patients starting depression treatment with medications or psychotherapy,» American Journal of Psychiatry 164, no. 7 (July 2007): 1029-34, http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17606654.

80) وُصِفت المضاعفات النفسية التي تلي إعطاء مضادات الاكتئاب للمرضى الذين يعانون اضطراب ثنائي القطب في:

Kernal Dumlu et al., «Treatment-induced manic switch in the course of unipolar depression can predict bipolarity: Cluster analysis based evidence,» Journal of Affective Disorders 134, nos. 1-3 (November 2011): 91-101, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21742381; and R. J. Baldessarini et al., «Antidepressantassociated mood-switching and transition from unipolar major depression to bipolar disorder: A review,» Journal of Affective Disorders 148, no. 1 (May 15, 2013): 129-35, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23219059.

81) لمناقشة التأثير السلبي لتحذير المربع الأسود ليس فقط على معدلات وصف الأدوية، ولكن أيضًا على معدلات تشخيص الاكتئاب، انظر:

Robert J. Valuck et ah, «Spillover effects on treatment of adult depression in primary care after FDA advisory on risk of pediatric suicidality with SSRIs,» American Journal of Psychiatry 164, no. 8 (August 2007): 1198-205, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17671282.

82) للمزيد عن الدراسة التي وجدت أن الأشخاص الذين لديهم تاريخ من السلوك الانتحاري كانوا أكثر عرضة لخطر الانتحار، انظر:

Susan S. Jick, Alan D. Dean and Hershel Jick, «Antidepressants and suicide,» British Medical Journal 310, no. 6974 (January 28, 1995): 215-18, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7677826.

83) للمزيد حول الانتحار وتمييزه عن الأشكال الأخرى من إيذاء النفس، انظر:

Matthew K. Knock and Ronald Kessler, «Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity SurveyJournal of Abnormal Psychology 115, no. 3 (August 2006): 616-23, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16866602; and Diego de Leo et ah, «Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from theWHO/EURO Multicentre Study,» Crisis 27, no. 1 (January 2006) : 4-15, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16642910.

84) وجدت مراجعة أجرتها إدارة الغذاء والدواء لتجارب الأدوية أن الأفكار والمحاولات الانتحارية «حُدِّدت وصُنِّفت بأثر رجعي؛ أي أن التجارب لم تكن مصممة لتحديد مثل هذه الأحداث في المستقبل». انظر:

U.S. Food and Drug Administration, «Guidance for industry: Suicidal ideation and behavior: Prospective assessment of occurrence in clinical trials,» August 2012, http://www.fda.gov/drugs/guidancecomplianceregulatoryinformation/guidances/ucm315156.htm.

85) معلومة أن ربع معلمي المدارس الثانوية الذين شملهم الاستطلاع أفادوا بأن هناك طلابًا مكتئبين وربما ذوي ميول انتحارية تحدثوا معهم مذكورة في:

Wendy Leane and Rosalyn Shute, «Youth suicide: The knowledge and attitudes of Australian teachers and clergy,» Suicide and Life-Threatening Behavior 28, no. 2 (Summer 1998):165-73, http://onlinelibrary.wiley.eom/doi/10.llll/j.1943-278X.1998.tb00636.x/abstract.

86) للحصول على معلومات حول انتحار أفراد الشرطة، انظر:

Andrew F. 0»Hara et al., «National police suicide estimates: Web surveillance study II,» International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience 15, no. 1 (January 2013): 31-38, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24187885. The high incidence of suicide among military veterans is the topic of Timothy Williams, «Suicides outpacing war deaths for troops,» New York Times,June 8,2012, http://

www.nytimes.eom/2012/06/09/us/suicides-edipse-war-deathsfor-us-troops.html.

87) وجدت إحدى الدراسات أن 45% من الأفراد الذين انتحروا زاروا الطبيب خلال الشهر السابق للانتحار؛ انظر:

Jason B. Luoma, Catherine E. Martin and Jane L. Pearson, «Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence,» American Journal of Psychiatry 159, no. 6 (June 2002): 909-16, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12042175.

88) للاطلاع على مناقشة عامة حول تقييم احتمالية الانتحار في الطب النفسي، انظر:

Morton M. Silverman, «Suicide risk assessment and suicide risk formulation: Essential components of the therapeutic risk management model,» Journal of Psychiatric Practice 20, no. 5 (September 2014) : 373-78, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25226200.

89) للحصول على إحصائيات حول الاكتئاب في أثناء الحمل، انظر:

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control, «Depression during and after pregnancy fact sheet,» July 16, 2012, http://www.womenshealth.gov/publications/our-publications/fact-sheet/depression-pregnancy.html.

90) تعتمد الإحصائيات حول استخدام مضادات الاكتئاب في أثناء الحمل على الدراسات التالية:

Susan E. Andrade et al., «Use of antidepressant medications during pregnancy: A muhisite study,» American Journal of Obstetrics and Gynecology 198,no. 2 (February 2008): 194.el-194.e5, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17905176; Allen A. Mitchell et al., «Medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs: 1976-2008,» American Journal of Obstetrics and Gynecology 205, no. 1 (July 2011) : 51.el-51.e8, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21514558; and Krista F. Huybrechts et al., «National trends in antidepressant medication treatment among publicly insured pregnant women,» General Hospital Psychiatry35, no. 3 (May-June 2013): 265-71, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23374897.

91) الأرقام المتعلقة بمعدلات انتكاسة الاكتئاب لدى النساء الحوامل تأتي من:

Lee S. Cohen et al., «Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment,» JAMA:

Journal of the American Medical Association 295, no. 5 (February 2006): 499-507, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16449615.

92) للاطلاع على بعض الدراسات التي وجدت علاقة بين استخدام الأم لمضادات الاكتئاب في أثناء الحمل وعيوب القلب، انظر:

Carol Louik, Stephen Kerr and Allen A. Mitchell, «First-trimester exposure to bupropion and risk of cardiac malformations,» Pharmacoepidemiology and Drug Safety (e-pub ahead of print, June 12, 2014), http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24920293; Heli Malm et al., «Selective serotonin reuptake inhibitors and risk for major congenital anomalies,» Obstetrics and Gynecology 118, no. 1 (July 2011): 111-20, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21646927; Jette B. Kornum et al., «Use of selective serotonin-reuptake inhibitors during early pregnancy and risk of congenital malformations: Updated analysis,» Clinical Epidemiology,no. 2 (August 9, 2010): 29-36, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20865100; Marian K. Bakker et al., «First-trimester use of paroxetine and congenital heart defects: A population-based case-control study,» Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology 88, no. 2 (February 2010): 94-100, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19937603; Lars Henning Pedersen et al., «Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and congenital malformations: Population based cohort study,» British Medical Journal 339 (September 23, 2009): b3569, http://www.ncbi.nhn.nih.gov/pubmed/19776103; Carol Louik et al., «First-trimester use of selective serotonin-reuptake inhibitors and the risk of birth defects,» New England Journal of Medicine 356, no. 26 (June 28, 2007): 2675-83, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17596601; and Sura Alwan et al., «Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of birth defects,» New England Journal of Medicine 356, no. 26 (June 28, 2007):2684-92, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17596602.

وللاطلاع على الدراسات التي لم تجد أي علاقة بين استخدام الأمهات لمضادات الاكتئاب في أثناء الحمل وعيوب القلب، انظر:

Krista F. Huybrechts, «Antidepressant use in pregnancy and the risk of cardiac defects,» New England Journal of Medicine 370, no. 25 (June 19, 2014): 2397-407, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24941178; Andrea V. Margulis et ah, «Use of selective serotonin reuptake

inhibitors in pregnancy and cardiac malformations: A propensity-score matched cohort in CPRD,» Pharmacoepidemiology and Drug Safety 22, no. 9 (September 2013): 942-51, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23733623; Christina L. Wichman et al., «Congenital heart disease associated with selective serotonin reuptake inhibitor use during pregnancy,» Mayo Clinic Proceedings 84, no. 1 (2009):23-27, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/19121250; Adrienne Einarson et ah, «Evaluation of the risk of congenital cardiovascular defects associated with use of paroxetine during pregnancy,» American Journal of Psychiatry 165, no. 6 (June 2008): 749-52, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/183S1907; and J. Alexander Cole et ah, «Bupropion in pregnancy and the prevalence of congenital malformations,» Pharmacoepidemiology and Drug Safety 16, no. 5 (May 2007): 474-84, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16897811.

93) وُضِّحت الآثار الضارة المحتملة لمثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية في أثناء الحمل في:

Kimberly A. Yonkers et ah, «The management of depression during pregnancy: A report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists,» General Hospital Psychiatry 31, no. 5 (September 2009): 403-13, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3103063.

94) استُكشِف تأثير مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية على نوم حركة العين السريعة للجنين في:

Eduard J.H. Mulder et ah, «Selective serotonin reuptake inhibitors affect neurobehavioral development in the human fetus,» Neuropsychopharmacology 36 (2011):1961-71, http://www.ncbi.nlm.nih.gOv/pubmed/21525859.

95) لمناقشة تأثير مضادات الاكتئاب على الجنين، انظر:

Orders and their pharmacological treatment during pregnancy: Is the future child affected ?,» Pediatric Research 69, no. 5, pt. 2 (May 2011): 3R-10R,http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21289532; and Shona Ray and Zachary N. Stowe, «The use of antidepressant medication in pregnancy,» Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 28, no. 1 (January 2014): 71-83, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24211026.

96) للاطلاع على بعض الدراسات التي وجدت علاقة بين استخدام مضادات الاكتئاب والتوحد، انظر:

Lisa A. Croen et al., «Antidepressant use during pregnancy and childhood autism spectrum disorders,» Archives of General Psychiatry 6 8, no. 11 (November2011): 1104-12, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21727247; Dheeraj Rai et al., «Parental depression, maternal antidepressant use during pregnancy, and risk of autism spectrum disorders: Population based case-control study,» British Medical journal 346 (April 19, 2013): f2059, http://www. ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23604083; and Rebecca A. Harrington et al.,«Prenatal SSRI use and offspring with autism spectrum disorder or developmental delay,» Pediatrics (published online April 14, 2014) : el241-48, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24733881.

97) للاطلاع على الدراسات الدنماركية التي لم تجد أي علاقة بين استخدام مضادات الاكتئاب والتوحد، انظر:

Anders Hviid, Mads Melbye and Bjorn Pasternak, «Lise of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and risk of autism,» New England journal of Medicine 369, no. 25 (December 19, 2013): 2406-15,

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24350950; and M. J. Sorensen et al., «Antidepressant exposure in pregnancy and risk of autism spectrum disorders,» Clinical Epidemiology 5 (November 15, 2013): 449-59, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24255601.

98) للمزيد حول تأثير توتر الأم قبل الولادة على الذرية في الثدييات، انظر:

Jayson J. Paris et al., «Immune stress in late pregnant rats decreases length of gestation and fecundity, and alters later cognitive and affective behaviour of surviving pre-adolescent offspring,» Stress 14, no. 6 (November 2011): 652-64, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21995525.

99) نوقِش التأثير السلبي للاكتئاب غير المعالج على الطفل البشري الذي لم يولد بعد في:

Lori Bonari et al., «Perinatal risks of untreated depression during pregnancy,» Canadian Journal of Psychiatry 49, no. 11 (November 2004): 726-35, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15633850; and Tiffany

Field et ah, «Prenatal depression effects on the fetus and the newborn,» Infant Behavior and Development 27 (May 2004): 445-55, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17138297.

100) لمزيد من المعلومات حول العلاقة بين الاكتئاب وتسمم الحمل، انظر:

Tapio Kurki et ah, «Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia,» Obstetrics and Gynecology 95, no. 4 (April 2000): 487-90, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10725477; and Shanchun Zhang et ah, «Association between mental stress and gestational hypertension/preeclampsia: A meta-analysis,» Obstetrical and Gynecological Survey 68, no. 12 (December 2013): 825-34, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25102019.

101) للمزيد حول العلاقة بين توتر الأم في أثناء الحمل وتطور مرض الفصام، انظر:

All S. Khashan, «Higher risk of offspring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life events,» Archives of General Psychiatry 65, no. 2 (February 2008): 146-52, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18250252.

102) مسألة ازدياد خطر التوحد، والاضطرابات العاطفية وانخفاض القدرة الإدراكية لدى أطفال الأمهات المتوترات موجودة في:

Thomas G. O»Connor, Catherine Monk and Elizabeth M. Fitelson, «Practitioner review: Maternal mood in pregnancy and child development: Implications for child psychology and psychiatry,» Journal of Child Psychology and Psychiatry 55, no. 2 (February 2014): 99-111, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24127722.

103) الدراسة التي وجدت علاقة بين الاكتئاب في أثناء الحمل لدى الأمهات الحضريات وخطر الاكتئاب لدى نسلهن هي:

Susan Pawlby et al., «Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: Prospective longitudinal community-based study,» Journal of Affective Disorders 113, no. 3 (March 2009): 236-43, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18602698.

104) نوقِش تأثير اكتئاب الأمهات على لغة أطفالهن ونموهم المعرفي في:

Irena Nulman et ah, « Child development following exposure to tricyclic antidepressants or fluoxetine throughout fetal life: A prospective, controlled study,» American Journal of Psychiatry159, no. 11 (November 2002): 1889-95, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12411224;

see also Tim F. Oberlander et ah, «Externalizing and attentional behaviors in children of depressed mothers treated with a selective serotonin reuptake inhibitor antidepressant during pregnancy,» Archives of Pediatric and Adolescent Medicine 161, no. 1 (January 2007): 22-29, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17199063.

105) للمزيد حول تأثيرات تعرض الفئران لمثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية قرب نهاية الحمل، انظر:

Tahilia J. Rebello et ah, «Postnatal day 2 to 11 constitutes a 5-HT-sensitive period impacting adult mPFC function,» Journal of Neuroscience34, no. 37 (September 2014): 12379-93, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25209278.

106) كان جاي جينجريتش هو مَن قدَّم لي المعلومات حول الدراسة الفنلندية، وهي ولم تُنشر بعد لأن الدراسة مستمرة.

107) يمكن الاطلاع على مناقشة للكآبة النفاسية في:

Lisa S. Seyfned and Sheila M. Marcus, «Postpartum mood disorder,» International Revieiv of Psychiatry 15, no. 3 (August 2003): 231-42, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15276962; Katherine E. Williams and Regina C. Casper, «Reproduction and its psychopathology,» in 'Women's Health: Hormones, Emotions and Behavior, ed. Regina C. Casper (Cambridge: Cambridge University Press, 1998), 14-35, http://books.google.com/booksPidi_46cwofXYIsC;

108) نوقِش الجانب الهرموني لاضطرابات المزاج بعد الولادة في:

Melissa Page and Mari S. Wilhelm, «Postpartum daily stress, relationship quality and depressive symptoms,» Contemporary Family Therapy 29, no. 4 (December 2007): 237-51, http://link.springer.com/article/10.1007% 2Fsl0591-007-9043-1.

109) للمزيد حول المعايير التشخيصية لاكتئاب ما بعد الولادة والإحصائيات المتعلقة به، انظر:

Michael W. 0»Hara and Annette M. Swain, «Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis,» International Review of Psychiatry 8, no. 1 (March 1996): 37-54, http://psycnet.apa.org/psycinfo/1996-94115-005; Susan C. Crockenberg and Esther M. Leerkes, «Infant negative emotionality, caregiving, and family relationships,» in Children's Influence on Family Dynamics: The Neglected Side of Family

Relationships, ed. A. C. Crouter and A. Booth (Mahwah, NJ: Erlbaum) , 57-78, http://books.google.com/books?id=fKBDvUBUEwEC

110) لمزيد من المعلومات حول مدة اكتئاب ما بعد الولادة، انظر:

Peter J. Cooper and Lynne Murray, «Course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept,» British Journal of Psychiatry 166, no. 2 (February 1995): 191-95, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7728362; and J. L. Cox, D. Murray and G. Chapman, «A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression,» British Journal of Psychiatry 163 (July 1993) : 27-31, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8353695.

111) للمزيد حول زيادة خطر الإصابة بالاكتئاب لدى النساء بعد الولادة، انظر:

J. Galen Buckwalter et ah, «Pregnancy, the postpartum, and steroid hormones: Effects on cognition and mood,» Psychoneuroendocrinology 24, no. 1 (January 1999): 69-84, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10098220.

112) حول صعوبة التمييز بين اكتئاب ما بعد الولادة وأشكال الاكتئاب الأخرى، انظر:

Elizabeth Boath and Carol Henshaw, «The treatment of postnatal depression: A comprehensive literature review,» Journal of Reproductive and Infant Psychology 19, no. 3 (2001): 215-48, http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646830120073224; Peter J. Cooper et al., «Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: A prospective study of prevalence, incidence, course and nature,» British Journal of Psychiatry 152, no. 6 (June 1988): 799-806, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3167466; and Brice Pitt, «'Atypical' depression following childbirth,» British Journal of Psychiatry 114, no. 516 (November 1968) :1325-35, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5750402.

113) لمزيد من المعلومات حول ذهان ما بعد الولادة، انظر:

Susan H. Friedman and Phillip J. Resnick, «Postpartum depression: An update,» Women's Health 5, no. 3 (May 2009): 287-95, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19392614. For a study positing that postpartum psychosis occurs in 1-2 percent of the population, see Lisa S. Seyfried and Sheila M. Marcus, «Postpartum mood disorder,» International Review of Psychiatry 15, no. 3 (August 2003): 231-42, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15276962. Others have estimated a frequency of 0.1

to 0.2 percent; see Elizabeth Boath and Carol Henshaw, «The treatment of postnatal depression: A comprehensive literature review,» Journal of Reproductive and Infant Psychology 19, no. 3 (2001): 215-48, http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646830120073224.

114) للمزيد حول زيادة خطر الإصابة بالاكتئاب خلال الأيام الثلاثين التالية للولادة، انظر:

in Margaret R. Oates, «Postnatal depression and screening: Too broad a sweep?,» British Journal of General Practice 53, no. 493 (August 2003): 596-97, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14601333. For discussion of mothers» high risk of suicide, see Margaret Oates, «Suicide: The leading cause of maternal death,» British Journal of Psychiatry 183, no. 4 (2003): 279-81, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14519602.

115) للاطلاع على مناقشة عامة حالية حول قتل الأمهات لأطفالهن، انظر:

Susan Hatters Friedman and Phillip J. Resnick, «Child murder by mothers: Patterns and prevention,» World Psychiatry 6, no. 3 (October 2007):137-41, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18188430. For statistics on child murder by mothers, see Robbin S. Ogle, Daniel Maier-Katkin and Thomas J. Bernard, «A theory of homicidal behavior among women,» Criminology 33, no. 2 (1995): 173-93, http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.l745-9125.1995.tb01175.x/abstract; Lawrence A. Greenfeld and Tracy L. Snell, «Women offenders,» NCJ 175688, U.S. Department of Justice, December 1999, revised October 3,2000,http://www.bjs.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=568; and Alexia Cooper and Erica L. Smith, «Homicide trends in the United States,1980-2008,» NCJ 236018, U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics, November2011, http://www.bjs.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=2221.

116) وصف اكتئاب ما بعد الولادة بأنه جزء من سلسلة متصلة موجود في:

Paula Nicolson, «Loss, happiness and postpartum depression: The ultimate paradox,» Canadian Psychology 40, no. 2 (May 1999): 162-78, http://psycnet.apa.org/psycmfo/1999-13790-007; and is characterized as a discrete entity in M. Louis Appleby, «The aetiology of postpartum psychosis: Why are there no answers?,» journal of Reproductive and Infant Psychology 8, no. 2 (April— June 1990): 109-18, http://psycnet.apa.org/psycinfo/1992-05632-001

117) للمزيد حول الاختلافات بين اكتئاب ما بعد الولادة والاكتئاب الذي يحدث في مراحل أخرى من الحياة، انظر:

Janet M. Stoppard, «Dis-ordering depression in women: Toward a materialist-discursive account,» Theory and Psychology 8, no. 1 (February 1998): 79-99, http://tap.sagepub.com/content/8/1/79.abstract; and Josephine M. Green, «Postnatal depression or perinatal dysphoria ? Findings from a longitudinal community-based study using the Edinburgh Postnatal Depression Scale,» Journal of Reproductive and Infant Psychology 16, nos 2-3 (1998): 143-55, http://psycnet.apa.org/psycinfo/1998-10164-004. For comparison of postpartum depression in mothers and fathers, see Judith A. Richman, Valerie D. Raskin and Cheryl Gaines, «Gender roles, social support and postpartum depressive symptomatology: The benefits of caring,» Journal of Nervous and Mental Disease 179, no. 3 (March 1991): 139-47, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1997661.

118) للمزيد حول دور الهرمونات في اكتئاب ما بعد الولادة، انظر:

Katharina Dalton, «Prospective study into puerperal depression,» British Journal of Psychiatry 118, no.547 (June 1971): 689-92, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5104005; and Katharina Dalton and Wendy M. Holton, Depression After Childbirth (Oxford: Oxford University Press, 2001).

119) للمزيد حول وصف الاكتئاب بأنه نتيجة للتحديات العملية للأمومة الجديدة، انظر:

Taura S.Abrams and Laura Curran, «Not just a middle class affliction: Crafting a social work research agenda on postpartum depression,» Health and Social Work 32, no. 4 (November 2007): 289-96, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18038730

120) للمزيد حول مساهمة نقص الدعم الشخصي والاجتماعي في الإصابة بالاكتئاب، انظر:

Patricia Leahy-Warren, Geraldine McCarthy and Paul Corcoran, «First-time mothers: Social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression,» Journal of Clinical Nursing 21, no. 3-4 (February 2012) : 388-97, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21435059.

121) لمناقشة الشعور بعدم الكفاءة كمساهم في الاكتئاب، انظر:

Eileen R. Fowles, «The relationship between maternal role attainment and postpartum depression,» Health Care for Women International 19, no. 1 (January-February 1998): 83-94, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9479097; and Lysanne Gauthier et ah, «Women's depressive symptoms during the transition to motherhood: The role of competence, relatedness,and autonomy,» Journal of Health Psychology15,no.8 (November 2010): 1145-56, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20453050.

122) نوقِشت نسبة العبء المرضي الذي تسببه الاضطرابات العصبية والنفسية في:

«The state of U.S. health, 1990-2010: Burden of diseases, injuries, and risk factors,» JAMA: Journal of the American Medical Association 310, no. 6 (August 14, 2013): 591-608, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23842577.

123) وصِفت الحالة المؤسفة للرعاية النفسية للمقيمين في الولايات المتحدة الذين يحصلون على المساعدة العامة في:

Thomas R. Insel, «The quest for the cure: The science of mental illness (+ four inconvenient truths) » (speech, National Association for Mental Health Annual Meeting, Washington DC, September 6, 2014), https://ncc.expoplanner.com/files/7/SessionFilesHandouts/MGS2_Insel_1.pdf.

124) لمناقشة الجينات المرتبطة بالمرض النفسي، انظر:

Jacob Gratten et al., «Large-scale genomics unveils the genetic architecture of psychiatric disorders,» Nature Neuroscience 17, no. 6 (June 2014): 782-90, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24866044; Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, «Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci,» Nature 511 (July 24, 2014): 421-27, http://www.ncbi. nlm.nih.gov/pubmed/25056061; and Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium, «Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: A genome-wide analysis,» Lancet 381, no. 9875(April 2013): 1371-79, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23453885.

125) يجب على أولئك الذين يواجهون مثل هذه الأسئلة في أثناء البحث عن عمل أن يدركوا أنها محظورة بموجب القانون الأمريكي لذوي الإعاقة؛ انظر:

U.S. Equal Employment Opportunity Commission, «Questions and answers about cancer in the workplace and the Americans with Disabilities Act (ADA),» January 2013, http://wwwl.eeoc.gov//laws/types/caneer.cfm?renderforprint=l; and U.S. Equal Employment Opportunity Commission, «Job applicants and the Americans with Disabilities Act,» March 21, 2005, http://www.eeoc.gov/facts/jobapplicant.html.

126) للحصول على وصف لمحنة زيلدا ويليامز، انظر:

Caitlin Dewey, «Robin Williams's daughter Zelda driven off Twitter by vicious trolls,» Washington Post, http://www.washingtonpost.com/news/the-intersect/wp/2014/08/13/robin-williamss-daughter-zelda-driven-off-twitter-by-vicious-trolls.

127) وصِفت تجربة إلين ريتشاردسون المؤسفة على الحدود في:

Valerie Hauch, «Disabled woman denied entry to U.S. after agent cites supposedly private medical details,» Toronto Star, November 28, 2013, http://www.thestar.com/news/gta/2013/ll/28/disabled_woman_denied_entry_to_us_after_agent_cites_supposedly_private_medical_details.htm. I published an op-ed on the incident, «Shameful profiling of the mentally ill,» Neil' York Times,December 8, 2013, http://www.nytimes.com/2013/12/08/opinion/sunday/shameful-profiling-of-the-mentally-ill.html.

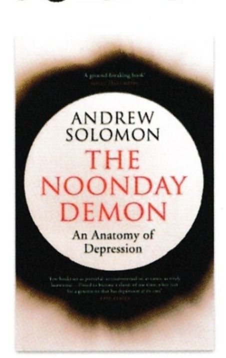
128) نوقِش حظر السفر الخاص بفيروس نقص المناعة البشرية في:

Darlene Superville, «U.S. to overturn entry ban on travelers with HIV,» Boston Globe,October 31, 2009, http:// www.boston.com/news/nation/washington/articles/2009/10/31/us_to_lift_hiv_travel_and_immigration_ban.

شَيطانُ الظَّهيرَة
THE NOONDAY DEMON

بإنسانية استثنائية، وصراحة مُنقطعة النظير، وذكاء حاد، وسعة اطّلاع موسوعية، يأخذنا أندرو سولومون في رحلة لأعماق أحد أكثر الأمراض النفسية انتشارًا وفتكًا. إن مساهمته في فهمنا للأمراض النفسية -بل وللإنسان ذاته- مذهلة حقًّا.

يتناول شيطان الظهيرة الاكتئاب من الناحية الشخصية والثقافية والعلمية. بالاعتماد على صراعه الشخصي مع المرض ومقابلات مع عديد من المرضى والأطباء والعلماء والسياسيين والفلاسفة، يكشف سولومون عن أدق الجوانب المختلفة للمعاناة التي يسببها الاكتئاب. وهو يخوض التحدي المتمثل في تعريف الاكتئاب ويوضِّح النطاق الواسع للأدوية المتاحة، وفعالية العلاجات البديلة، وتأثير الاكتئاب في أفراد مختلفين حول العالم وعبر التاريخ. كما يستكشف مجموعة من الأسئلة الأخلاقية التي تطرحها التفسيرات البيولوجية الحديثة للأمراض النفسية.



تصميم الغلاف كريم آدم



www.aseeralkotb.com
contact@aseeralkotb.com
aseeralkotb
aseeralkotb
aseeralkotb





